

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IDENTIFICATION ET LA COMPARAISON DES FACTEURS DE RISQUE ENTRE DES
PERSONNES AYANT RÉALISÉ UNE SEULE TENTATIVE DE SUICIDE ET CELLES
AYANT RÉALISÉ PLUSIEURS TENTATIVES DE SUICIDE

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MÉLANIE DI MAMBRO

MAI 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma direction de recherche Monique Séguin et Marc-Simon Drouin qui ont été des alliés précieux durant ce projet. Merci Monique de m'avoir encouragée à poursuivre mes études doctorales et de m'avoir offert tant d'opportunités pour parfaire mes connaissances et habiletés. Merci Marc-Simon pour ton soutien, ta bienveillance et ton humanité.

Je tiens aussi à remercier mes collègues du Groupe McGill d'études sur le suicide pour le partage de leurs connaissances et leurs amitiés. Je remercie aussi mes collègues du CLSC Thérèse-de-Blainville pour leur amitié, leur présence, leur légèreté et leur compassion.

Je souhaite aussi à remercier mes proches qui m'ont témoigné leur soutien inconditionnel, leur affection et leurs encouragements. Votre présence dans ma vie m'est précieuse. Prenez ces mots personnellement quoique je ne vous nomme pas individuellement. Vous savez qui vous êtes.

Mes remerciements vont aussi à mes parents qui m'ont encouragée à poursuivre mes rêves, mes passions et mes ambitions. Je suis réconfortée en imaginant votre fierté d'avoir déployé les efforts nécessaires afin de réaliser mon doctorat. D'où que vous soyez, j'espère que vous êtes témoins de cet accomplissement.

Finalement, je tiens à remercier tous les clients dont j'ai le privilège d'être témoin de leur histoire et de leur vulnérabilité. Particulièrement, toutes les personnes suicidaires, les proches de personnes suicidaires et les endeuillés par suicide qui ont croisé ma route professionnelle et personnelle et qui ont partagé avec moi leur souffrance. Vous m'avez accompagnée et inspirée tout au long de la

rédaction de cet essai doctoral. Vous avez grandement contribué à l'humaine que je suis et la future psychologue que je serai. J'ai une pensée pour toutes les personnes qui ont été touchées de près ou de loin par cette souffrance occasionnée par le suicide.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS.....	3
1.1 Problématique.....	3
1.1.1 Données épidémiologiques au sujet des tentatives de suicide	3
1.2 Recension des écrits.....	5
1.2.1 Données sociodémographiques	5
1.2.2 Modèle étiologique développemental	8
1.2.3 Facteurs de risque associés aux tentatives de suicide	10
1.2.4 Facteurs de risque pour les tentatives de suicide	11
1.2.4.1 <i>Facteurs distaux</i>	11
1.2.4.1.1 <i>Adversité durant l'enfance</i>	11
1.2.4.1.2 <i>Abus durant l'enfance</i>	12
1.2.4.2 <i>Facteurs développementaux</i>	14
1.2.4.2.1 <i>Impulsivité</i>	14
1.2.4.2.2 <i>Style cognitif</i>	14
1.2.4.2.3 <i>Troubles de la personnalité</i>	15
1.2.4.3 <i>Facteurs proximaux</i>	16
1.2.4.3.1 <i>Présence de psychopathologie</i>	16
1.2.4.3.1.1 <i>Troubles de l'humeur</i>	17
1.2.4.3.1.2 <i>Trouble de l'usage de l'alcool et de substances</i>	18
1.2.4.3.1.3 <i>Troubles anxieux</i>	20
1.2.4.3.2 <i>Tentatives de suicide antérieures</i>	21
1.2.4.3.3 <i>Événements de vie</i>	22
1.2.5 Études s'étant penchées sur la récurrence suicidaire	23

1.2.6 Questions de recherche et hypothèses	31
CHAPITRE II – MÉTHODOLOGIE	32
2.1 Participants	32
2.2 Méthodes de cueillette des données et instruments	34
2.3 Variables	38
2.4 Procédures	38
2.5 Devis de recherche et plans d’analyse des données	39
2.6 Éthique.....	39
CHAPITRE III – RÉSULTATS.....	40
3.1 Description des échantillons.....	40
3.2 Résultats pour la psychopathologie	41
3.3 Résultats pour les événements de vie	46
CHAPITRE IV – DISCUSSION.....	52
4.1 Rappel de l’objectif de ce projet et des hypothèses associées	52
4.2 Modèle étiologique développemental.....	53
4.2.1 Facteurs distaux	53
4.2.2 Facteurs développementaux.....	57
4.2.3 Facteurs proximaux.....	62
4.3 Mécanismes sous-jacents qui expliquent la relation entre l’attachement et la psychopathologie: compétences émotionnelles et compétences sociales.....	67
4.4 Attachement et comportements suicidaires	72
4.5 Mécanismes sous-jacents qui expliquent la relation entre l’attachement et les comportements suicidaires : compétences émotionnelles et compétences sociales	72
LIMITES ET FORCES	77
CONCLUSION	79
ANNEXE A : INSTRUMENT DE LA TRAJECTOIRE DE VIE.....	82
RÉFÉRENCES.....	103

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Modèle étiologique pour le risque suicidaire (Turecki & Brent, 2016).....	10
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Comparaison des participants des deux groupes selon des variables descriptives.....	40
Tableau 2. Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe I au cours de la vie (par participant) (selon le DSM-IV).....	42
Tableau 3. Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe I durant la dernière année (par participant) (selon le DSM-IV)	42
Tableau 4. Les troubles de santé mentale sur l'axe I au cours de la vie (selon le DSM-IV)	43
Tableau 5. Les troubles de santé mentale sur l'axe I durant la dernière année (selon le DSM-IV)	43
Tableau 6. Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe II au cours de la vie (par participant) (selon le DSM-IV).....	45
Tableau 7. Les troubles de santé mentale sur l'axe II au cours de la vie (selon le DSM-IV).....	45
Tableau 8. La présence d'événements de vie durant la vie	48

RÉSUMÉ

La prévalence du taux de tentative de suicide varie entre 0.5% et 8.7% et cet écart est dû en partie à une absence de recueil systématique de données (Langlois & Morrison, 2002). Toutefois, nous pouvons constater l'ampleur du phénomène. Quelques études seulement se sont intéressées aux facteurs de risque pouvant distinguer les personnes qui réalisent une seule tentative de suicide de celles qui réalisent plusieurs tentatives de suicide. Les variables à l'étude ont surtout été limitées à la présence de psychopathologie. Dans cet essai doctoral, nous nous sommes intéressés à la comparaison des facteurs de risque chez des participants ayant réalisé une seule tentative de suicide et chez des participants ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus (multiples tentatives de suicide). Les facteurs de risque analysés sont sur la présence de psychopathologie, soit les troubles de santé mentale des axes I et II, selon le DSM-IV, ainsi que les événements de vie significatifs survenus depuis l'enfance. Les hypothèses poursuivies étaient que le groupe de participants à multiples tentatives de suicide présenteraient plus de psychopathologie, plus d'adversité à l'enfance et une survenue plus importante d'événements stressants au cours de la vie comparativement au groupe de participants ayant réalisé une seule tentative de suicide. Une banque de données longitudinales disponible a permis la réalisation d'analyses secondaires. Les analyses bivariées effectuées ont permis de comparer les deux groupes de participants, soit 40 participants ayant réalisé une seule tentative de suicide et 38 participants ayant réalisé de multiples tentatives de suicide. Les résultats obtenus indiquent que les deux groupes se distinguent sur plusieurs variables. Entre autres, pour ce qui est de la présence et de la spécificité de psychopathologie, le groupe à multiple tentatives de suicide présentent significativement plus de troubles de santé mentale comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Ainsi, les participants ayant réalisé deux tentatives de suicide présentent plus de troubles de l'humeur au cours de la dernière année précédant la tentative de suicide et plus de troubles de l'usage de l'alcool et de substances au cours de la vie comparativement aux participants ayant réalisé une seule tentative de suicide. De plus, les participants ayant réalisé de multiples tentatives de suicide sont plus nombreux à présenter deux diagnostics ou plus de troubles de personnalité comparativement aux participants ayant réalisé une seule tentative de suicide. Aussi, les deux groupes comparés se distinguent significativement par la présence de troubles de personnalité du groupe A qui est plus importante chez les personnes du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide. Puis, lorsque tous les troubles de santé mentale étudiés sont combinés (axes I et II), selon le DSM-IV, nous observons un nombre moyen de diagnostics significativement plus importants pour les participants du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide comparativement aux participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Toutefois, il est important de noter que les deux groupes démontrent des difficultés importantes de santé mentale, soit jusqu'à 90% des participants de chacun des groupes de participants en souffrent au cours de leur vie. En ce qui concerne les événements de vie, nous avons identifié que les participants du groupe ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide présentent plus de difficultés relationnelles amicales entre 20 et 29 ans comparativement aux participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Toutefois, les participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide démontrent plus de difficultés professionnelles entre 40 et 49 ans ainsi que plus de difficultés relationnelles amoureuses entre 50 et 59 ans comparativement aux participants du groupe à multiples tentatives de suicide. À la lumière de la théorie de l'attachement, les résultats sont discutés en évoquant des mécanismes sous-jacents, soit des difficultés associées aux compétences sociales et aux compétences émotionnelles.

Mots-clés : tentative de suicide, récurrence suicidaire, psychopathologie, événement de vie, longitudinal, adulte

INTRODUCTION

La problématique des tentatives de suicide, quoique sous-estimée, en est une complexe et importante, tel que nous l'élaborerons dans la première section de cet essai portant sur la problématique, le cadre conceptuel et les objectifs. En effet, la prévalence du taux de tentative de suicide varie entre 0.5% et 8.7% et cet écart est dû en partie à une absence de recueil systématique de données (Langlois & Morrison, 2002). En ayant une meilleure compréhension des facteurs distinguant les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide des personnes qui en ont fait plusieurs, il sera possible de cerner de façon plus efficace les facteurs prédisant les récurrences de tentatives de suicide et, conséquemment, de mieux définir les enjeux relativement à la prévention et à l'intervention auprès de ces personnes.

Ce projet d'essai doctoral porte sur la comparaison des facteurs de risque chez les personnes ayant réalisé une tentative de suicide ou plusieurs tentatives de suicide. Il est question de relever les différences entre un groupe de personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide et un groupe de personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide (deux ou plus). Il a été possible d'accéder à une banque de données, accumulée par l'équipe de recherche de Séguin du Groupe McGill d'études sur le suicide, issue d'une recherche clinique sur les trajectoires de vie. Dans la section méthodologie, les caractéristiques de cette banque de données seront précisées. En effet, ces données comprennent un vaste éventail de variables, dont des renseignements de nature sociodémographique, la psychopathologie au cours de la vie de la personne ainsi que les événements marquants ayant précédé la tentative de suicide et ceux s'étant produits au cours de la vie de la personne. Dans la section résultats, nous présenterons les différences identifiées entre les deux groupes en ce qui concerne la psychopathologie et les événements de vie. Par la suite, dans la section discussion, nous tenterons d'apporter des explications pouvant permettre de comprendre

la distinction entre les facteurs de risque identifiés pour ces deux groupes à l'aide de diverses théories et mécanismes sous-jacents.

Certaines forces et certaines limites se retrouvent associées à ce projet d'essai doctoral et celles-ci seront abordées dans la section portant ce titre. Tout d'abord, nous nous intéressons aux facteurs de risque pouvant distinguer les personnes ayant réalisé une tentative de suicide de personnes de celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide et peu d'études se sont intéressées à cette question. De plus, les études répertoriées se sont surtout intéressées à la psychopathologie afin de comparer les deux groupes, alors que nous ajoutons l'adversité vécue durant la vie en explorant les événements de vie significatifs survenus. Ceci nous amène à souligner l'accessibilité à une banque de données dont la richesse d'informations permettant une telle exploration en raison du vaste recueil de données sur des variables développementales. Toutefois, ce projet, étant un devis corrélationnel, ne permet pas d'établir de causalité et limite la généralisation des résultats obtenus. De plus, nous avons un nombre limité de participants pouvant apporter certains biais dans l'identification de facteurs de risque et la généralisation des résultats obtenus. Finalement, les participants se sont retrouvés à appartenir à un des deux groupes de l'étude au moment où la collecte de données fut réalisée. Conséquemment, il est possible que le profil des participants se modifient au cours de leur vie, par exemple, en réalisant une autre tentative de suicide ou en décédant par suicide, ce qui pourrait biaiser les résultats actuels. Dans la section conclusion, nous proposerons des pistes d'intervention et de recherches futures.

CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET OBJECTIFS

1.1 Problématique

1.1.1 Données épidémiologiques au sujet des tentatives de suicide

Les prévalences des tentatives de suicide varient en raison de l'absence de banques de données systématisées recensant ces renseignements, alors que les données sur la mortalité sont colligées de façon systématique dans plusieurs régions du monde, notamment au Québec. Les données relatives aux tentatives de suicide sont habituellement autodéclarées ou identifiées par une banque de données d'admission hospitalière, ce qui mène à une sous-estimation des prévalences (Langlois & Morrison, 2002). Cette sous-estimation est attribuable à plusieurs sources puisque toutes les personnes ne se rendent pas systématiquement aux urgences après une tentative de suicide. Par ailleurs, ces banques de données n'incluent pas les personnes qui consultent un professionnel en clinique externe ou qui se trouvent déjà hospitalisées en institut psychiatrique (Langlois & Morrison, 2002). Lors d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, un code d'identification, ou plusieurs codes, est inscrit au dossier afin d'indiquer le motif, ou les motifs, de l'hospitalisation. Ainsi, plusieurs codes d'identification, dont celui d'un trouble de santé mentale, peuvent être inscrits en lien avec l'hospitalisation. À titre d'exemple, il est donc possible que le premier code hospitalier indiqué ne soit pas en lien avec la tentative de suicide. Ainsi, si les analyses ne considèrent que le premier code pour caractériser l'hospitalisation, la tentative de suicide peut ne pas être comptabilisée.

Bien que les taux de tentatives de suicide puissent être sous-estimés et que le recueil de données concernant les tentatives de suicide varie en fonction du pays, les prévalences mondiales, européennes, américaines, canadiennes et québécoises sont rapportées à titre informatif. Malgré

une variation entre les résultats, il est possible de constater que la tentative de suicide est un phénomène préoccupant et largement répandu qui mérite que l'on s'y attarde.

Selon le rapport de l'OMS (2014), la prévalence annuelle mondiale de tentatives de suicide chez les 18 ans et plus est établie à environ 4 pour 1000 pour 2012. Bien que nous nous intéressions aux tentatives de suicide, l'OMS (2014) estime que pour chaque adulte qui se suicide, plus de 20 personnes ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Les données épidémiologiques issues de 17 pays, de tous les continents, indiquent une prévalence de tentatives de suicide de l'ordre de 2,7 % (Nock, Borges, Bromet, Alonso et al., 2008). Les données épidémiologiques sur le suicide issues de neuf pays (Amérique du Nord, Europe, Asie, Moyen-Orient, Océanie) indiquent une prévalence de tentatives de suicide variant entre 0,72% et 5,93% (Weissman et al., 1999). Les données épidémiologiques sur les tentatives de suicide, recueillies dans six pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne) dans le cadre d'une étude épidémiologique européenne sur la santé mentale, indiquent que la prévalence de la tentative de suicide est de 1,8 % (Bernal et al. 2007).

Aux États-Unis, la prévalence à vie pour les tentatives de suicide est de 3,8 % (Dubé et al., 2001). Kessler, Borges & Walters (1999) ont réalisé aux États-Unis une étude nationale avec un échantillon représentatif et leurs résultats indiquent une prévalence à vie des tentatives de suicide de l'ordre de 4,6 %. Selon une revue systématique des études épidémiologiques sur le suicide, publiées entre 1997 et 2007 aux États-Unis, Nock, Borges, Bromet, Cha et al. (2008) ont indiqué que la prévalence à vie des tentatives de suicide varie entre 1,9 et 8,7 %, alors que la prévalence au cours des douze derniers mois s'élève de 0,2 à 2,0 %. Selon les données publiées par le National

Institute of Mental Health (2018), la prévalence des tentatives de suicide chez les personnes âgées de 18 ans et plus aux États-Unis est de 0,5 % en 2016.

Le Québec connaît aussi un taux élevé de tentatives de suicide. Selon l'Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (cycle 1.2) (ESCC 1.2) (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault & Fiset-Laniel, 2008), la prévalence à vie des tentatives de suicide, au Québec, est de 3,5 %, soit 213 000 personnes, et la prévalence estimée pour les douze derniers mois est de 0,3 %, ce qui représente 21 000 personnes. Puis, selon les Enquêtes québécoises sur la santé de la population (EQSP) de 2008 (MSSS, 2008) et de 2014-2015 (MSSS, 2016), la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois est estimée, respectivement, à 0,5 % (MSSS, 2008) et 0,4 % (MSSS, 2016), soit environ 28 000 personnes par année.

En résumé, malgré les prévalences variables rapportées ainsi que la sous-estimation probable du nombre de tentatives de suicide, il est possible d'observer qu'un grand nombre de personnes tentent de se suicider chaque année. Il est donc d'une importance primordiale de mieux comprendre les enjeux liés à la tentative de suicide afin de prévenir et d'intervenir de façon plus efficace.

1.2 Recension des écrits

1.2.1 Données sociodémographiques

Les déterminants socio-démographiques présents chez les personnes ayant réalisé des tentatives de suicide représentent une relation complexe. Ces déterminants seront brièvement présentés dans les prochaines lignes.

Plusieurs études épidémiologiques indiquent que les femmes sont surreprésentées comparativement aux hommes, soit jusqu'à deux à trois fois plus de femmes que d'hommes (Bernal et al., 2007; Blasco-Fontecilla et al., 2009; Brent et al., 2002; Huang, Ribeiro, Musacchio & Franklin, 2017; Husky, Guignard, Beck & Michel, 2013; Kerkhof, 2000; Kessler et al., 1999; Mars et al., 2019; Nock, Borges, Bromet, Alonso et al., 2008; Scocco et al., 2008; Weissman et al., 1999; Yen et al., 2003; Zahl & Hawton, 2004).

L'état matrimonial a aussi été étudié à titre de facteur de risque chez les personnes ayant fait une tentative de suicide. De façon générale, les études démontrent que le risque suicidaire semble augmenter chez les personnes séparées ou divorcées (Husky et al., 2013; Kerkhof, 2000; Kessler et al., 1999; Petronis, Samuels, Moscicki & Anthony, 1990; Weissman, Bland, Canino et al., 1999). Dans une étude menée par Petronis, Samuels, Moscicki et Anthony (1990), ces derniers ont conclu que le fait d'être séparé ou veuf était associé à un risque suicidaire 11 fois plus important que celui présenté par les participants qui étaient en couple. D'autres études ont conclu que le fait d'être célibataire ou non-marié mène à un risque suicidaire accru (Kerkhof, 2000; Nock, Borges, Bromet, Alonso et al., 2008; Schmidtke & Löhr, 2004). Kessler (1999) mentionne l'hypothèse que cette variabilité en fonction de l'état matrimonial pourrait s'expliquer par l'effet protecteur du mariage, qui serait modulé selon l'âge. Conséquemment, le mariage serait moins protecteur contre la tentative de suicide chez les jeunes adultes, mais il deviendrait plus important à mesure que les personnes avancent en âge.

Diverses études (études épidémiologiques, revues de la littérature ou études avec groupe contrôle) (Beautrais, Joyce & Mulder, 1996; Christiansen & Jensen, 2007; Huang et al., 2016; Husky et al., 2013; Kerkhof, 2000; Kessler, Borges & Walters, 1999; Mars et al., 2019; Nock, Borges, Bromet,

Alonso et al., 2008; Schmidtke & Löhr, 2004) semblent démontrer que le risque suicidaire augmente chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation. Comparativement à la population générale, les personnes ayant réalisé des tentatives de suicide semblent appartenir à des milieux défavorisés démontrant une pauvreté et une instabilité sociale et, conséquemment, impacter le niveau d'éducation (Schmidtke & Löhr, 2004). Ainsi, Schmidtke et Löhr (2004) évoquent qu'une proportion des personnes réalisant des tentatives de suicide provient de milieux sociaux défavorisés.

Diverses études, dont Borges et al. (2010), ainsi que Kerkhof (2000), Husky et al. (2013), Schmidtke et Löhr (2004) et Tejedor, Diaz, Castellón et Pericay (1999), ont démontré que les tentatives de suicide étaient plus prévalentes chez les personnes sans emploi. Toutefois, Nock, Borges, Bromet, Alonso et al. (2008) ainsi que Huang et al. (2017) ont conclu qu'il n'y avait aucun lien entre la situation professionnelle et les comportements suicidaires. Il est possible que ces conclusions différentes relèvent d'une définition variable d'être sans emploi (en termes de durée ou incluant chômage, programmes sociaux, invalidité, etc.) ou de méthodologie de recherche différente.

Finalement, Schmidtke et Löhr (2004) se sont intéressés aux variables socio-démographiques parmi les personnes ayant réalisé des tentatives de suicide. Plus précisément, ils ont comparé certaines variables socio-démographiques selon le nombre de tentatives de suicide réalisées (Schmidtke & Löhr, 2004). Ils ont identifié que ceux qui réalisaient plusieurs tentatives de suicide se distinguaient de ceux qui réalisaient une seule tentative de suicide en étant plus nombreux à être divorcé ou séparé et à ne pas avoir d'emploi. Aucune différence n'est rapportée pour le sexe ou l'âge.

1.2.2 Modèle étiologique développemental

Turecki et Brent (2016) ont proposé un modèle étiologique présentant les divers facteurs de risque reconnus comme influençant le développement des comportements suicidaires (notamment les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le décès par suicide-figure 1). Les auteurs expliquent que les comportements suicidaires résultent d'une interaction de multiples facteurs appartenant à trois catégories principales : les facteurs de risque de niveau populationnel, les facteurs de risque de niveau environnemental et les facteurs de risque de niveau individuel. Les facteurs de risque de niveau populationnel comprennent les contextes sociaux tels que la cohésion sociale ainsi que la situation économique (par exemple, l'insécurité économique engendrée par une récession). Les facteurs de risque de niveau environnemental incluent l'accessibilité aux moyens pour se suicider, la couverture médiatique des comportements suicidaires et les difficultés d'accès à des soins en santé mentale. Ces facteurs interagissent avec les facteurs de risque de niveau individuel, qui regroupent trois catégories qui évoluent selon une séquence développementale : les facteurs distaux (ou prédisposants), les facteurs développementaux (ou médiateurs) et les facteurs proximaux (ou précipitants).

Les facteurs de risque distaux, ou prédisposants, comprennent notamment la transmission familiale des comportements suicidaires (antécédents familiaux) et l'aspect génétique (interaction gènes et environnement) associé au risque suicidaire. L'épigénétique est l'interaction entre le milieu et l'environnement qui fait que certains gènes vont s'exprimer s'ils sont exposés à des environnements d'adversité. Cette expression génère le développement de troubles mentaux par la présence d'adversité rencontrée durant l'enfance, comme les abus ou la négligence.

Les facteurs de risque développementaux, ou médiateurs, se manifestent par le biais des traits de personnalité et des styles cognitifs. Ces facteurs sont considérés comme médiateurs dans la survenue des comportements suicidaires. Leur développement est influencé par les facteurs de risque distaux et s'échelonne dans le temps. Les facteurs de risque développementaux regroupent le développement des traits de personnalité, l'anxiété, les déficits associés à la mémoire, les difficultés de résolution de problèmes, l'impulsivité et l'agressivité. En bref, nous pouvons croire que les difficultés présentes au début de la vie (présence des facteurs distaux) continuent de s'exprimer, de s'établir et de se consolider contribuant ainsi au maintien et à la perpétuation d'une vulnérabilité et de la présence de difficultés. En ce sens, comme Delisle (2002) nous le suggère, nous pouvons considérer la présence d'un système immuno-métabolique pour expliquer la présence de difficultés de santé mentale, nous pourrions avancer que les facteurs développementaux représenteraient une période de la vie où la personne rencontre des vulnérabilités développementales (enjeu développemental inachevé) et un développement pour certaines préférences alimentaires, la prédisposant à des carences. Par exemple, nous pouvons avancer que les facteurs développementaux favorisent la présence d'enjeux d'attachement déjà installés dans la petite enfance.

Les facteurs proximaux incluent notamment la psychopathologie et les événements d'adversité. Ces facteurs s'inscrivent dans un plus court laps de temps précédant les agissements suicidaires, qu'ils contribuent à précipiter.

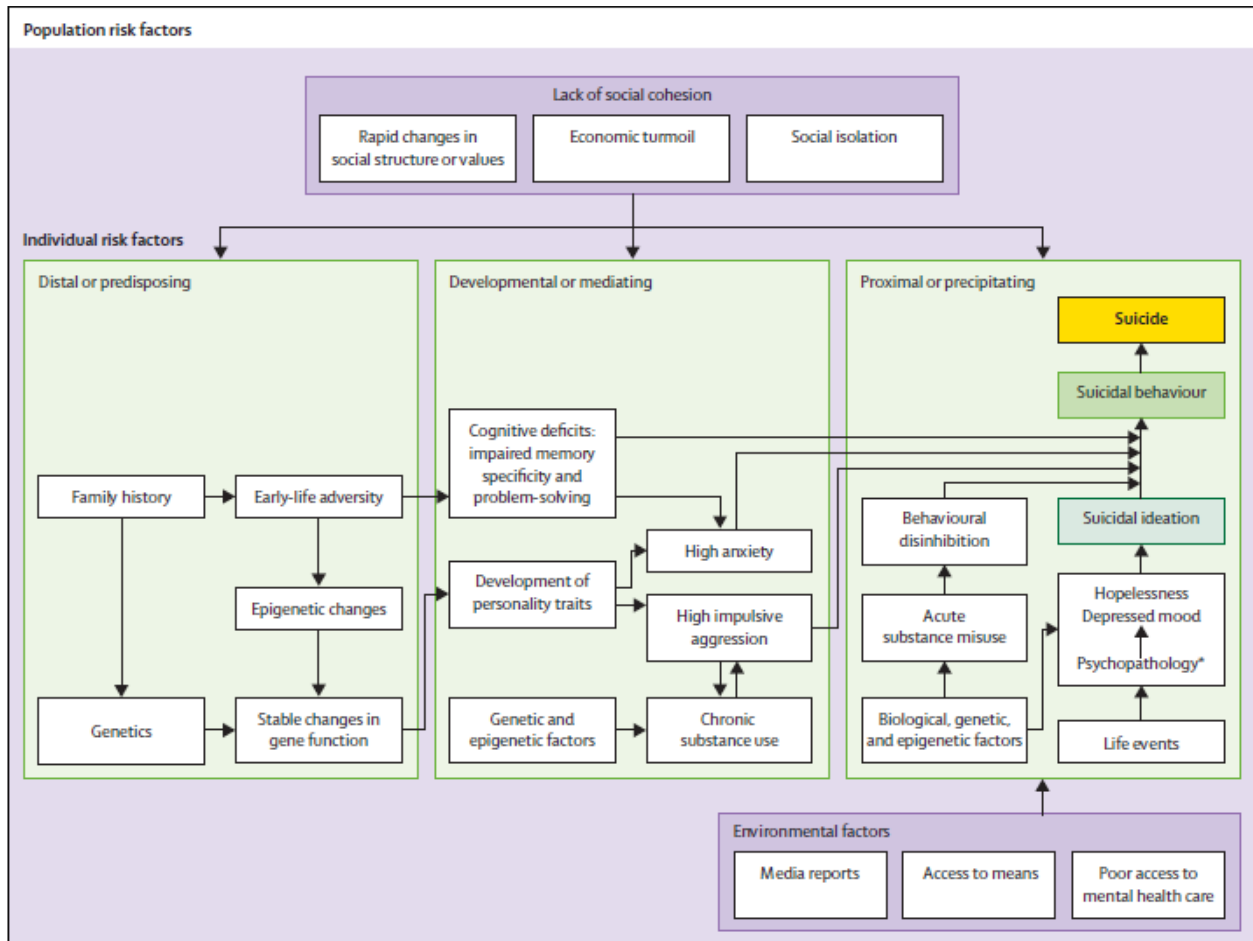


Figure 1 Modèle étiologique pour le risque suicidaire (Turecki & Brent, 2016)

1.2.3 Facteurs de risque associés aux tentatives de suicide

Jusqu'à présent, plusieurs études sur les tentatives de suicide ont permis de connaître et de cerner de nombreux facteurs de risque de niveau individuel, que nous présenterons selon les trois catégories suivantes : les facteurs distaux, les facteurs développementaux et les facteurs proximaux. Puis, dans une moindre mesure, certaines études se sont intéressées à la définition de facteurs de protection relativement au risque suicidaire chez les personnes ayant des antécédents suicidaires.

Avant de présenter les données sur les facteurs de risque relatifs à la tentative de suicide, il importe de souligner qu'il existe une certaine variabilité dans les résultats rapportés. Cette variabilité peut s'expliquer par des différences méthodologiques parmi les études publiées. Tout d'abord, il y a l'opérationnalisation de la variable « tentative de suicide », qui peut être différente d'une étude à l'autre. Dans certaines études, la tentative de suicide requiert une intention sérieuse ou une hospitalisation ou des soins médicaux. Dans d'autres études, la tentative de suicide inclut des personnes à risque suicidaire ou des personnes ayant posé des gestes d'automutilation.

1.2.4 Facteurs de risque pour les tentatives de suicide

1.2.4.1 Facteurs distaux

Comme nous l'avions décrit précédemment en présentant le modèle étiologique pour le risque suicidaire de Turecki et Brent (2016), les facteurs distaux réfèrent à l'interaction de la transmission familiale des comportements suicidaires, de l'épigénétique et de l'adversité vécue dans la petite enfance.

1.2.4.1.1 Adversité durant l'enfance

Plusieurs études se sont intéressées à la présence d'adversité durant l'enfance, celle-ci étant associée à un risque accru de tentative de suicide. La présence de négligence parentale durant l'enfance mène aussi à une hausse du risque d'une tentative de suicide future à l'âge adulte (Beautrais et al., 1996; Borges et al., 2010; Norman, Byambaa, De, Butchart & Scott, 2012; Perez, Jennings, Piquero & Baglivio, 2016). Puis, d'autres caractéristiques relatives au milieu familial ont été définies, notamment la psychopathologie parentale (la dépression, l'anxiété, les troubles de l'usage de l'alcool et de substances, la discorde parentale, les comportements antisociaux/le trouble de personnalité antisociale), la violence familiale, les difficultés de communication au sein de la

famille, la discipline parentale sévère, le divorce ou la séparation des parents ainsi que l’incarcération d’un membre de la famille (Beautrais et al., 1996; Beautrais, 2000; Borges et al., 2010; Dubé et al., 2001; Goodwin, Beautrais & Fergusson, 2004; Joiner et al., 2007; Perez et al., 2016). Finalement, quelques études (Beautrais, 2000; Hawton et al., 2003; Joiner et al., 2007; Mann et al., 1999) ont démontré que les antécédents familiaux de tentatives de suicide et de décès par suicide sont associés à un risque de tentative de suicide considérablement plus élevé, soit de 2,2 à 2,57 fois que les groupes contrôle non suicidaires.

1.2.4.1.2 Abus durant l’enfance

L’un des facteurs de risque très souvent associé à la tentative de suicide est la présence d’abus à l’enfance, comme l’ont démontré plusieurs études (Devries et al., 2014; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Norman, Byambaa, De, Butchart & Scott, 2012; Perez, Jennings, Piquero & Baglivio, 2016). Dans une étude représentative de la population, Afifi, Boman, Fleisher & Sareen (2009) ont conclu que le fait d’avoir vécu un abus durant l’enfance entraîne un risque accru de tentative de suicide ultérieurement au cours de la vie.

Les études suivantes portent sur le lien entre le risque d’une tentative de suicide et les abus de nature physique ou sexuelle. Dans une étude épidémiologique, Joiner et al. (2007) ont conclu que le fait de vivre un abus de nature physique ou sexuelle avant 15 ans est fort souvent associé aux tentatives de suicide ultérieures. Brezo et al. (2008) se sont intéressés spécifiquement aux abus durant l’enfance et aux tentatives de suicide. Pour ce faire, ils ont analysé les données recueillies selon quatre groupes : aucun abus, des abus de nature physique, des abus de nature sexuelle, une combinaison d’abus de nature physique et sexuelle. Ils ont ainsi pu démontrer que toute forme d’abus durant l’enfance est étroitement liée au risque de faire une tentative de suicide. Toutefois,

ce risque est plus important chez ceux qui ont vécu un abus de nature sexuelle que chez ceux ayant subi un abus uniquement physique. Le risque suicidaire augmente davantage lorsqu'il y a présence des deux types d'abus comparativement à un abus uniquement sexuel. Quant aux abus de nature sexuelle, le risque d'une tentative de suicide future augmentait lorsque l'abuseur était un proche (père, beau-père, frère) et lorsqu'il s'agissait d'abus répétés (Brezo et al., 2008). Dans le cadre d'une étude épidémiologique, Borges et al. (2010) ont déterminé que, dans les pays industrialisés, la présence de chacun des deux types d'abus prédisait les tentatives de suicide.

D'autres études ont corrélié la tentative de suicide et l'abus sexuel uniquement (Beautrais, 2002; Beautrais et al., 1996; Beghi et al., 2013; Brent et al., 2002; Husky et al., 2013). Un certain nombre d'études ont conclu que la présence d'antécédents d'abus sexuel était associée à un risque accru d'une tentative de suicide future, soit un risque de 1,5 à 11,8 fois plus élevé comparativement à des groupes contrôle (Beautrais, 2000; Bebbington et al., 2009). Par ailleurs, la présence d'abus graves, c'est-à-dire comprenant une pénétration, entraînait un risque 12 fois plus élevé de survenue d'une tentative de suicide (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996).

Les conclusions des études s'étant penchées uniquement sur l'abus de nature physique indiquent que la présence de ce facteur de risque permet moins souvent de prédire une tentative de suicide. Beautrais et al. (1996) n'ont pas conclu que l'abus physique à l'enfance était significatif lorsque les effets d'intercorrélations avec les autres variables significatives étaient pris en compte. Toutefois, une revue de la littérature sur les facteurs de risque chez les jeunes de 15 à 24 ans indique que ceux ayant subi un abus de nature physique à l'enfance présentaient un risque suicidaire de 1,9 à 6,5 fois plus élevé que les personnes issues de groupes contrôle n'ayant pas vécu d'abus (Beautrais, 2000).

1.2.4.2 Facteurs développementaux

Les facteurs développementaux, selon le modèle étiologique présenté de Turecki & Brent (2016), réfèrent à l'actualisation des difficultés à la petite enfance par le biais de développement des traits de personnalité et des styles cognitifs.

1.2.4.2.1 Impulsivité

Plusieurs études ont conclu à une association positive entre l'impulsivité et la tentative de suicide (Colborn et al., 2017; Diaconu & Turecki, 2009; Gvion & Apter, 2011; Hawton, Houston, Haw, Townsend & Harris, 2003; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Mars et al., 2019; Orri et al., 2019; Rimkeviciene, O'Gorman & De Leo, 2015; Wenzel & Beck, 2008; Yen et al., 2009). Ces études incluait des études comparant des personnes ayant réalisé une tentative de suicide et des groupes contrôle avec des personnes non-suicidaires (Colborn et al., 2017; Diaconu & Turecki, 2009; Hawton, Houston, Haw, Townsend & Harris, 2003; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Mars et al., 2019; Orri et al., 2019; Wenzel & Beck, 2008; Yen et al., 2009) ou de revues de littérature (Gvion & Apter, 2011; Rimkeviciene, O'Gorman & De Leo, 2015). Toutefois, dans leurs revues de littérature respectives, Gvion et Apter (2011) et Rimkeviciene, O'Gorman et De Leo (2015) ont soulevé les résultats inconstants associés aux différentes définitions de l'impulsivité ainsi qu'à l'opérationnalisation de la variable impulsivité, qui peut être soit auto-rapportée, ou identifiée par l'utilisation de questionnaires standardisés ou des questionnaires neuropsychologiques (Gvion & Apter, 2011; Rimkeviciene, O'Gorman & De Leo, 2015).

1.2.4.2.2 Style cognitif

Certaines études démontrent que les déficits quant aux habiletés de résolution de problèmes sont en lien avec la tentative de suicide (de Cates et al., 2017; Hawton, Houston, Haw, Townsend &

Harris, 2003; Gvion et al., 2015; Jollant et al., 2005; Oldershaw et al., 2009; Wenzel & Beck, 2008). Dans une revue de littérature, Gvion et al. (2015) abordent le processus expliquant la façon dont les déficits d'habiletés de résolution de problèmes nuiraient à la prise de décision. Ces déficits, associés à l'impulsivité ou la psychopathologie, engendreraient une surcharge mentale augmentant ainsi la détresse. La tentative de suicide pourrait alors être perçue comme une fuite de cette surcharge mentale (Gvion et al., 2015). Dans une étude comparant un groupe de personnes ayant des antécédents suicidaires avec un groupe contrôle n'ayant pas connu de tentative de suicide (Jollant et al, 2005), ainsi que dans une méta-analyse (Perrain, Dardennes & Jollant, 2021), les auteurs ont aussi constaté que les difficultés de prises de décision étaient associées à la tentative de suicide. Dans une étude auprès d'adolescents et de jeunes adultes, Dour, Cha et Nock (2011) ont conclu à une interaction entre la réactivité émotionnelle et les habiletés de résolution de problèmes associée à la tentative de suicide. Les participants qui présentaient une réactivité émotionnelle importante ainsi que des difficultés de résolution de problèmes étaient ceux qui présentaient le plus grand risque de réaliser une tentative de suicide (Dour, Cha & Nock, 2011). Dans une revue de littérature (de Cates et al., 2017), les auteurs ont rapporté avoir repéré deux études qui concluent que les difficultés de prise de décision étaient prédictives de la répétition d'un geste suicidaire.

1.2.4.2.3 Troubles de la personnalité

Certaines études ont conclu à un lien significatif entre les vulnérabilités au sein de la personnalité et la tentative de suicide. Selon une étude de Yen et al., (2003), les auteurs ont conclu que la présence d'un trouble de personnalité limite était prédictive d'une tentative de suicide. Une étude menée par Hayashi et al. (2012) a porté sur les facteurs de risque d'une tentative de suicide auprès d'une population ayant été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide. Les auteurs ont conclu que la présence d'un trouble de la personnalité, surtout les troubles du groupe B (selon le DSM-

IV, les troubles de personnalité histrionique, limite, narcissique et antisociale), était étroitement liée au risque suicidaire. Finalement, une étude prospective menée au cours de dix ans par May, Klonsky et Klein (2012) a exploré les facteurs permettant d'établir le passage d'idéations suicidaires à une tentative de suicide chez des participants présentant un trouble dépressif et des idéations suicidaires. Les résultats obtenus des analyses univariées ont démontré que la présence d'un trouble de la personnalité du groupe A (selon le DSM-IV, les troubles de personnalité schizoïde, schizotypique et paranoïaque) ou B était étroitement liée à la tentative de suicide. Toutefois, selon les résultats obtenus lors des analyses multivariées, qui comprenaient tous les facteurs significatifs des analyses univariées, le trouble de personnalité du groupe B s'est révélé le seul facteur significatif. Une étude de Blasco-Fontecilla et al. (2009) a identifié que la sévérité du trouble de personnalité, soit des difficultés de fonctionnement significatives dans toutes les sphères de la vie voire même la présence de plus d'un groupe de trouble de personnalité (selon le DSM-IV), était associée à la récurrence d'une tentative de suicide.

1.2.4.3 Facteurs proximaux

Selon le modèle étiologique du risque suicidaire (Brent & Turecki, 2016) présenté précédemment, les facteurs proximaux sont associés à la survenue de comportements suicidaires et se définissent comme des facteurs précipitants. Les facteurs proximaux réfèrent principalement à la présence de psychopathologie et la survenue d'événements significatifs touchant les diverses sphères de la vie.

1.2.4.3.1 *Présence de psychopathologie*

Selon Bernal et al. (2007), ainsi que Hoertel et al. (2015), la présence d'un trouble de santé mentale est associée à un risque plus important de tentative de suicide. Scocco et al. (2008) ont mené une

étude permettant de déterminer que le risque d'une tentative de suicide était beaucoup plus important en présence de trois troubles de santé mentale ou plus.

Les troubles psychiatriques les plus importants relevés dans la littérature seront abordés, soit les troubles de l'humeur, les troubles de l'usage de substances, les troubles anxieux, la comorbidité (la présence de plusieurs troubles de santé mentale) et les tentatives de suicide antérieures.

1.2.4.3.1.1 Troubles de l'humeur

Selon plusieurs études (Beautrais et al., 1996; Beautrais, 2000; Beghi, Rosenbaum, Cerri & Corneggia, 2013; Brent et al., 2002; Hawton, Houston, Haw, Townsend & Harriss, 2003; Mars et al., 2019; Nock, Borges, Bromet, Alonso et al., 2008; O'Connor, Smyth, Ferguson, Ryan & Williams, 2013; Petronis et al., 1990; Scocco et al., 2008; Wedig et al., 2012), la présence d'un trouble de l'humeur, particulièrement la dépression majeure, constitue un facteur de risque constant (Gould et al., 1998). Une étude de Yen et al., (2003) a permis de conclure que la détérioration d'un épisode dépressif majeur est prédictive d'une tentative de suicide dans le mois suivant, car elle est associée à un risque suicidaire 1,6 fois plus élevé. Dans le cadre d'une étude épidémiologique européenne, Bernal et al. (2007) ont conclu que les personnes atteintes d'un épisode dépressif majeur ou de dysthymie présentaient, respectivement, un risque de tentative de suicide 3,9 et 1,9 fois plus élevé que ceux ne présentant pas de troubles de l'humeur. Finalement, dans le cadre d'une étude prospective de cinq ans, Riihimäki, Vuorilehto, Melartin, Haukka & Isometsä (2014) se sont intéressés aux facteurs de risque prédisant la tentative de suicide chez un groupe de patients dépressifs. Ils ont conclu que le risque d'une tentative de suicide fluctue selon l'intensité des symptômes dépressifs. Les personnes ayant fait des tentatives de suicide ont accompli ces actes lors de la période active de la dépression. Les résultats indiquent qu'aucune tentative de suicide

n'est survenue lors d'une rémission totale ou partielle de l'épisode dépressif, sauf en présence d'un trouble de l'usage d'une substance comorbide (substance non indiquée dans l'article).

1.2.4.3.1.2 Trouble de l'usage de l'alcool et de substances

Alcool

Malgré la variation des résultats obtenus dans le cadre des études, les troubles de l'usage de l'alcool et de substances semblent constituer un facteur de risque important quant à la tentative de suicide. Brent et al. (2002) ont conclu que les troubles de l'usage de l'alcool engendrent un risque suicidaire accru, tout comme l'ont constaté Scocco, de Girolamo, Vilagut et Alonso (2008) ainsi que Beghi et al. (2013) et Cooper et al. (2013). Selon une étude menée par Bernal et al. (2007), la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool constitue l'un des facteurs les plus déterminants quant au risque suicidaire. Selon diverses études épidémiologiques et des méta-analyses (Bernal et al., 2007; Borges, Walters & Kessler, 2000; Borges et al., 2017; Darvishi et al., 2015; Tuisku et al., 2014), la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool est associée à un risque de tentative de suicide de 1,8 à 6,97 fois plus élevé. Yen et al. (2003) ont mené une étude prospective de deux ans auprès de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité afin d'étudier l'évolution et la prédiction de tentatives de suicide selon les facteurs de risque présents. Dans le cadre de cette étude, la consommation d'alcool ne s'est pas avérée un facteur de risque prédictif de la tentative de suicide (Yen et al., 2003). Selon une étude Monnin et al. (2012), la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool est associée à la répétition d'une tentative de suicide.

Substances

Quant aux études s'intéressant uniquement aux troubles de l'usage de substances, plusieurs ont conclu à un lien avec la tentative de suicide (Mars et al., 2019; May, Klonsky & Klein, 2012; Nock,

Borges, Bromet, Alonso et al., 2008; Poorolajal, Haghtalab, Farhadi & Darvishi, 2015; Wedig et al., 2012). Selon diverses études (Beautrais, 2000; Borges, Walters & Kessler, 2000; Borges et al., 2017; Yen et al., 2003), la présence d'un trouble de l'usage de substances entraînait un risque suicidaire de 1,7 à 11,5 fois plus élevé, voire même la répétition d'une tentative de suicide (Monnin et al., 2012). De plus, Borges, Walters & Kessler (2000) se sont penchés sur les troubles de l'usage de substances en comorbidité avec d'autres troubles de santé mentale (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble de la conduite, trouble de la personnalité antisociale et troubles psychotiques). Lorsque les effets d'intercorrélations entre la comorbidité et les troubles de santé mentale sont contrôlés, les résultats démontrent que le lien entre les troubles de l'usage de substances et le risque suicidaire est moins important, même s'il demeure significatif.

Combinaison alcool et substances

D'autres études portant sur les troubles de l'usage de l'alcool et de substances ont conclu à une association significative avec l'occurrence de la tentative de suicide. Ainsi, Kennedy et al. (2015) se sont penchés sur la relation entre la consommation importante d'alcool et la tentative de suicide chez un groupe de personnes consommant des drogues considérées illégales. Ils ont constaté que la consommation importante d'alcool entraînait un risque de tentative de suicide plus important, tout comme la consommation quotidienne de cocaïne (lorsque comprise à titre de variable indépendante dans un modèle d'analyses multivariées). Une étude de Monnin et al. (2012) a identifié que la combinaison de la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool et d'un trouble de l'usage de substances contribuait à la répétition d'un geste suicidaire.

1.2.4.3.1.3 Troubles anxieux

Les études portant sur le lien entre la tentative de suicide et la présence de troubles anxieux ont généré des résultats variables, particulièrement lorsque certains troubles anxieux précis étaient à l'étude. Plusieurs études indiquent que la présence de troubles anxieux constitue un facteur de risque significatif relativement à l'augmentation du risque suicidaire (Beghi et al., 2013; Hayashi et al., 2012; Mars et al., 2019; May et al., 2012; Nock, Wedig, Holmberg & Hooley, 2008; Nock et al., 2009; Scocco et al., 2008) pouvant entraîner un risque de tentative de suicide de 1.64 fois (méta-analyse) (Bentley et al., 2016). Divers études épidémiologiques, méta-analyses ou avec groupes contrôle (Bentley et al., 2016; Borges et al., 2010; Gould et al., 1998; Nock et al., 2009) ont démontré que les individus souffrant d'attaque de panique ou de trouble panique présentaient un risque de tentative de suicide significatif variant de 1.96 fois à 3.9 fois plus élevé. Quant au trouble de stress post-traumatique, des méta-analyses et des études épidémiologiques (Bentley et al., 2016; Bernal et al., 2007; Nock et al., 2009) ont conclu que ce trouble entraînait un risque de tentative de suicide entre 1.9 fois et 2.8 fois plus élevé. Pour le trouble d'anxiété généralisée, dans le cadre d'une étude épidémiologique, Bernal et al. (2007) ont déterminé que ce trouble entraînait un risque de tentative de suicide 2,0 plus élevé. Finalement, une méta-analyse menée par Bentley et al. (2016) a permis de constater que le trouble d'anxiété sociale augmentait le risque d'une tentative de suicide de 1.67 fois.

Quoique plusieurs études aient démontré un lien entre les troubles anxieux et la tentative de suicide, certaines études ont conclu qu'il n'y avait aucune association entre ces deux variables. Par exemple, d'autres études n'ont relevé aucun lien d'importance entre la tentative de suicide et le trouble panique (Yaseen et al., 2013; Yen et al., 2003) ou le trouble de stress post-traumatique (Yen et al., 2003). Finalement, Diaconu & Turecki (2007) ont réalisé une étude axée spécifiquement sur la

relation entre le trouble panique et la tentative de suicide. Selon cette étude, il n'existe aucun lien d'importance entre la présence d'un trouble panique et le risque d'une tentative de suicide. Par contre, lorsque le trouble panique est accompagné d'une dépression majeure, la combinaison de ces deux troubles s'est avérée significative quant à l'augmentation du risque suicidaire.

1.2.4.3.2 Tentatives de suicide antérieures

Un autre facteur de risque faisant l'objet d'un consensus dans la littérature est la présence d'antécédents de tentatives de suicide. Dans le cadre d'études prospectives menées auprès de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, la tentative de suicide antérieure se révèle un facteur de risque déterminant pour prédire une prochaine tentative de suicide (Beautrais, 2004; Beghi et al., 2013; Bostwick, Pabbati, Geske & McKean, 2016; Hawton, Zahl, Weatherall, 2003; Husky et al., 2013; O'Connor et al., 2013; Suokas, Suominen, Isometsä, Ostamo & Lönnqvist, 2001, Zahl & Hawton, 2004). Dans une étude portant sur des personnes ayant fait une tentative de suicide et présentant ou non des comorbidités aux axes I et II (selon le DSM-IV), les auteurs ont constaté que celles qui présentaient une comorbidité se distinguaient de celles sans comorbidité, notamment par le fait que ces premières présentaient davantage de tentatives de suicide antérieures (Hawton et al., 2003). Joiner et al. (2005) ont voulu explorer l'importance des comportements suicidaires antérieurs dans la prédiction d'une tentative de suicide, et ce, en contrôlant pour des variables confondantes, comme les diagnostics sur les axes I et II (selon le DSM-IV) ainsi que le désespoir. Les auteurs ont conclu qu'une tentative de suicide antérieure constituait un prédicteur important d'une tentative de suicide future. Finalement, une étude épidémiologique réalisée dans des pays industrialisés et des pays en voie de développement par Borges et al. (2010) a permis de conclure que la présence d'antécédents de tentatives de suicide représente un facteur significatif, qui mène à un risque suicidaire de 28,4 à 48,2 fois plus élevé.

1.2.4.3.3 Événements de vie

Diverses études se sont intéressées aux événements de vie précédant la tentative de suicide. Une étude de Yen et al. (2005) a relevé que le risque de tentative de suicide était 3,0 fois plus élevé au cours des deux mois suivant un événement négatif en lien avec la vie amoureuse et 2,5 fois plus élevé au cours du mois suivant la survenue de difficultés de nature criminelle ou juridique. Ces résultats demeuraient significatifs après avoir contrôlé pour des variables possiblement confondantes (comme une dépression majeure, un trouble de l'usage de substances, un abus sexuel à l'enfance et le trouble de personnalité limite). Dans une étude de Conner et al. (2012), les auteurs se sont intéressés au lien entre les événements de vie stressants et la tentative de suicide chez une population atteinte de troubles de l'usage de l'alcool. Le risque suicidaire augmentait chez cette population lors de la survenue d'événements interpersonnels qualifiés de majeurs, tels que le divorce; la séparation ou la rupture amoureuse; les difficultés de couple; les difficultés relationnelles; l'abus physique par quelqu'un connu de la personne, l'abus sexuel/le viol par quelqu'un connu de la personne; le décès d'un membre de la famille ou du réseau social de la personne. Liu & Miller (2014) ont réalisé une revue de littérature s'intéressant à l'association entre les événements de vie et les divers comportements suicidaires. Les auteurs ont observé un lien entre la tentative de suicide et la survenue d'événements de vie interpersonnels. Ils notent que les événements de vie inclus dans cette catégorie sont très hétérogènes, selon les diverses études, mais que la catégorie inclut habituellement le divorce et les conflits avec la famille et les amis. Finalement, dans une étude populationnelle, Mars et al. (2019) ont identifié que les personnes réalisant des tentatives de suicide avaient vécu un plus grand nombre d'événements de vie, depuis l'âge de 12 ans, comparativement à un groupe de personnes ayant seulement des idéations suicidaires.

1.2.5 Études s'étant penchées sur la récurrence suicidaire

Selon la littérature, la présence d'antécédents de tentatives de suicide est le facteur de risque le plus important permettant de prédire la récurrence d'un comportement suicidaire (Beautrais, 2004; Beghi et al., 2013; Borges et al., 2010; Hawton et al., 2003; Hawton & van Heeringen, 2009; Joiner et al., 2005; Owens, Horrocks & House, 2002; Suokas et al., 2001, Tejedor, Díaz, Castellón & Pericay, 1999). À cet effet, Links et al. (2012) ont mené une étude prospective portant sur les facteurs de risque de la récurrence d'un comportement suicidaire à la suite d'une hospitalisation en raison d'idéations suicidaires ou d'une tentative de suicide. Au moment de l'hospitalisation, diverses données ont été colligées sur la suicidalité (antécédents suicidaires et contexte associé aux comportements suicidaires), les facteurs de risque personnels et les facteurs associés aux services reçus par des professionnels au moment de l'hospitalisation. Un questionnaire sur les idéations suicidaires a été administré à 3 reprises suite à l'hospitalisation (1 mois, 3 mois et 6 mois). Ensuite, six mois post-hospitalisation, des informations ont été recueillies quant à la survenue de comportements suicidaires durant cette période. Il en ressort deux constats. Le premier est que le risque d'une nouvelle tentative de suicide demeure élevé à la suite d'une hospitalisation pour des idéations suicidaires ou une tentative de suicide. En effet, trois des 120 participants sont décédés par suicide au cours du mois suivant l'hospitalisation et 40 % des personnes de l'étude ont à nouveau réalisé une tentative de suicide dans les six mois suivant l'hospitalisation. Le deuxième constat des auteurs est que les facteurs de risque les plus importants pour prédire une tentative de suicide ou un décès par suicide, durant la période de 6 mois suivant une hospitalisation pour des idéations suicidaires ou une tentative de suicide, sont la tentative de suicide antérieure, l'impulsivité et le désespoir. En effet, les auteurs (Links et al., 2012) rapportent que l'intensité des idéations suicidaires présentée un mois suivant la fin de l'hospitalisation, ainsi que le niveau de désespoir exprimé durant l'hospitalisation, sont significativement associés à un historique de

tentative de suicide (au moins une tentative de suicide dans le passé). Finalement, la tentative de suicide ou le décès par suicide durant la période de 6 mois suite à l'hospitalisation est prédit par le fait d'avoir été initialement admis pour une tentative de suicide, le fait de vivre dans une ressource structurée (de type « shelter ») au moment de l'hospitalisation ainsi que le niveau d'impulsivité, tel que mesuré durant l'hospitalisation.

Nous avons relevé neuf études portant sur la récurrence suicidaire. Dans une étude menée auprès d'adolescents hospitalisés en psychiatrie, les auteurs (Goldston et al., 1996; 1998) ont souhaité déterminer ce qui distinguait ceux qui avaient fait une seule tentative de suicide de ceux qui en avaient fait plusieurs. Pour ce faire, ils ont comparé quatre groupes (aucun antécédent de tentative de suicide; une seule tentative de suicide récente; deux ou plusieurs tentatives de suicide; et antécédent de tentative de suicide, mais aucune tentative récente). Ils ont constaté que les groupes comptant plusieurs tentatives de suicide ainsi que des antécédents de tentative de suicide présentaient plus de troubles de l'humeur et d'anxiété que le groupe sans antécédent suicidaire. Ceux qui en étaient à leur première tentative de suicide présentaient davantage de troubles d'adaptation que ceux qui n'avaient aucun antécédent suicidaire. Ceux ayant des antécédents de tentative de suicide ainsi que ceux n'ayant aucun antécédent présentaient aussi un plus grand nombre de troubles externalisés. Finalement, les adolescents du groupe avec des antécédents suicidaires présentaient le plus d'agressivité.

Michaelis et al. (2003) ont mené une étude afin d'explorer les différences cliniques et sociodémographiques qui caractérisent les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide comparativement à celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide chez une population atteinte de trouble bipolaire. Seulement deux différences ont été relevées. Premièrement, les personnes

ayant réalisé une seule tentative de suicide présentaient une intention de mourir plus importante lors de la première tentative de suicide comparativement aux personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Deuxièmement, une moins grande proportion de personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide présentait un état mixte lors de la tentative de suicide, comparativement aux personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Aucune autre différence n'a été relevée quant aux facteurs cliniques ou sociodémographiques.

La troisième étude, soit celle de Forman, Berk, Henriques, Brown et Beck (2004), est axée sur les différences entre les profils cliniques des personnes ayant vécu une seule tentative de suicide et ceux des personnes ayant vécu plusieurs tentatives de suicide. Afin de s'assurer que les différences entre les deux groupes n'étaient pas attribuables à des caractéristiques du trouble de la personnalité limite, les auteurs ont contrôlé cette variable pour leurs analyses. Conséquemment, cela signifie que les différences trouvées ne sont pas expliquées par le diagnostic de trouble de personnalité limite. Les personnes ayant réalisé de multiples tentatives de suicide étaient sans emploi, avaient subi des abus psychologiques durant leur enfance, avaient des antécédents familiaux suicidaires et de santé mentale, présentaient plus de dépression et de désespoir. Elles présentaient aussi davantage de comorbidités, soit un nombre plus important de diagnostics sur l'axe I (selon le DSM-IV). De plus, les personnes du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide présentaient plus de difficultés relationnelles et une diminution de leur fonctionnement général durant l'année précédant la tentative de suicide. Les auteurs (Forman et al., 2004) rapportent que même si le groupe de participants ayant réalisé de multiples tentatives de suicide présentent des difficultés plus importantes que le groupe de participants ayant réalisé une seule tentative de suicide, on retrouve la présence de psychopathologie plus importante chez le groupe de participants ayant réalisé une

seule tentative de suicide lorsque comparé à la population générale n'ayant jamais réalisé de tentative de suicide.

Rosenberg et al. (2005) ont mené une étude auprès d'adolescents afin de comprendre les divers facteurs de risque associés à la santé en comparant ceux ayant réalisé une seule tentative de suicide à ceux ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Les adolescents ayant réalisé de multiples tentatives de suicide rapportaient plus d'abus sexuel et physique, de dépression, de troubles de l'usage de l'alcool et de substances (inhalants, cocaïne, stéroïdes, héroïne et amphétamines), de comportements violents, de problèmes d'obésité ou de comportements adoptés pour tenter de contrôler leur poids (jeûne, médication pour maigrir ou vomissements) ainsi que de comportements sexuels à risque.

Miranda et al. (2008) se sont penchés sur la psychopathologie présente et le contexte de la tentative de suicide chez des adolescents ayant réalisé une seule tentative de suicide, comparativement à des adolescents ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Les adolescents ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide présentaient plus de psychopathologie (troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de l'usage de substances) que ceux ayant réalisé une seule tentative de suicide. Par ailleurs, les tentatives de suicide étaient plus impulsives chez les adolescents ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Ces derniers regrettaient d'avoir survécu et souhaitaient davantage mourir lors de la tentative de suicide comparativement à ceux qui n'avaient réalisé qu'une seule tentative de suicide. Les adolescents n'ayant réalisé qu'une seule tentative de suicide rapportaient différentes caractéristiques entourant le geste suicidaire : ne pas regretter d'être encore en vie, pas d'intention de mourir lors du geste ou une intention ambivalente ainsi qu'un contexte permettant la possibilité d'une intervention pour les secourir.

La sixième étude a été menée au Brésil. Les auteurs (da Silva, Stefanello, Mauro, de Freitas & Botega, 2009) se sont intéressés aux caractéristiques cliniques et sociodémographiques des participants afin de déterminer celles qui distinguaient les personnes ayant réalisé une première tentative de suicide de celles qui avaient réalisé plusieurs tentatives de suicide. Ils ont conclu que les personnes qui avaient répété leur geste suicidaire se distinguaient selon trois caractéristiques : être de genre féminin, être femme au foyer et avoir obtenu un score plus élevé sur une échelle mesurant les symptômes dépressifs. Les participants des deux groupes ne présentaient aucune différence pour les autres variables, soit les croyances religieuses, l'éducation complétée et le statut conjugal.

Dans le cadre d'une étude prospective menée sur une période de 10 ans, Boisseau et al. (2013) ont souhaité identifier le type de psychopathologie permettant de distinguer les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide de celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Les résultats présentés sont des analyses secondaires tirées d'une étude initiale sur les troubles de la personnalité. Afin d'être inclus dans l'étude principale, les candidats devaient présenter l'un de quatre troubles de la personnalité (limite, schizotypique, évitante ou obsessionnelle-compulsive) ou bien un trouble dépressif majeur sans trouble de la personnalité (groupe contrôle de l'étude initiale). Les auteurs (Boisseau et al., 2013) n'ont relevé aucune différence entre les deux groupes pour les troubles de l'axe I évalués (selon le DSM-IV), soit le trouble dépressif majeur, les troubles associés à l'abus ou la dépendance à l'alcool ou les substances, le trouble de stress post-traumatique et le trouble panique. Les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide étaient plus nombreuses à souffrir d'un trouble de la personnalité limite et elles présentaient un niveau plus élevé d'impulsivité comparativement aux personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide. Les autres troubles de la personnalité évalués, soit les troubles de personnalité obsessionnelle-

compulsive, évitante et schizotypique, n'ont pas permis de discriminer entre les deux groupes de participants.

La huitième étude répertoriée (Pompili et al., 2011) a été réalisée en Italie afin de comparer les événements de vie des personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide et ceux des personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. L'étude comprenait des personnes s'étant présentées aux urgences à la suite d'une tentative de suicide. Les auteurs ont constaté que les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide avaient vécu des événements stressants surtout au cours des six mois précédant la tentative de suicide et très peu d'événements stressants dans les 15 premières années de leur vie. Les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide n'avaient pas vécu davantage d'événements stressants dans les six mois précédant leurs tentatives de suicide que celles ayant réalisé une seule tentative de suicide. Toutefois, les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide étaient plus nombreuses à avoir vécu des événements stressants dans les 15 premières années de leur vie. Les événements stressants évalués dans les six mois précédant la tentative de suicide étaient : le décès d'une personne importante, des problèmes de santé physique, une perte d'autonomie, des conflits, une rupture amoureuse, un changement involontaire de résidence, des problèmes financiers, un séjour en prison ou des problèmes juridiques, la retraite ou des problèmes professionnels, le fait d'être victime de violence. Les événements stressants évalués quant aux 15 premières années de la vie étaient : la perte d'une figure parentale (décès, divorce, adoption), un abus de nature sexuelle ou physique, de la négligence, des conflits familiaux, un changement soudain de résidence, une rupture amoureuse à l'adolescence ayant causé une souffrance importante. Les analyses ont été réalisées en regroupant les événements de vie en deux catégories : les événements de vie stressants survenus au cours des 15 premières années de vie et les événements de vie stressants s'étant produits au cours des six mois précédant la tentative.

Conséquemment, les auteurs ne rapportent pas si certains événements de vie précis étaient plus significatifs que d'autres dans chacune des deux catégories.

Finalement, une étude menée en Corée du Sud par Choi et al. (2013) se centre sur les facteurs de risque et les facteurs de protection permettant de distinguer les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide de celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. L'étude a été réalisée auprès de personnes ayant consulté en milieu hospitalier à la suite d'une tentative de suicide. Les facteurs de risque qui ont permis de distinguer les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide sont les suivants : plus jeunes (âge moyen de 36 ans), célibataires, antécédents familiaux suicidaires, présence d'un trouble sur l'axe I (selon le DSM-IV) dans le passé, présence actuelle d'un trouble de la personnalité, présence de difficultés interpersonnelles, isolement social, difficultés de régulation émotionnelle, un faible niveau de fonctionnement dans la dernière année (axe V du DSM-IV) et la présence d'idéations suicidaires considérées répétitives, sévères et continues. Les personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide présentaient plus de difficultés financières que les personnes du groupe ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Finalement, deux facteurs de protection contre la récurrence suicidaire ont été relevés, c'est-à-dire être âgé de plus de 45 ans et avoir obtenu un score élevé sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (axe V du DSM-IV) dans la dernière année.

En résumé, les neuf études présentées sur la récurrence suicidaire semblent rapporter un certain nombre de résultats similaires. Tout d'abord, les résultats obtenus permettent de noter une présence plus importante de psychopathologie chez les personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide comparativement aux personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide. En effet, les personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus présentent plus de troubles de l'humeur, de troubles

anxieux, de troubles de l'utilisation de l'alcool et de substances, de troubles de personnalité, d'impulsivité et de comorbidité à l'axe I (selon la nomenclature du DSM-IV) (Boisseau et al., 2013; Choi et al., 2013; da Silva, Stefanello, Mauro, de Freitas & Botega, 2009; Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004; Goldston et al., 1996; 1998; Miranda et al., 2008; Rosenberg et al., 2005). Puis, d'autres résultats obtenus sont la présence de difficultés vécues à l'enfance, dont des abus, des antécédents familiaux suicidaires, des difficultés de régulation émotionnelle ainsi que des difficultés relationnelles présentes chez les personnes à multiples tentatives de suicide (Choi et al., 2013; Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004; Pompili et al., 2011; Rosenberg et al., 2005).

En vue d'accroître les connaissances actuelles sur le sujet, le projet réalisé vise à déterminer les variables permettant de distinguer les personnes ayant réalisé une tentative de suicide de celles qui ont réalisé plusieurs tentatives de suicide. Les variables examinées incluent la psychopathologie et les événements de vie, soit les facteurs de risque proximaux tel que défini dans le modèle étiologique du risque suicidaire de Brent et Turecki (2016), mais aussi l'adversité durant l'enfance, ce qui réfère aux facteurs de risque distaux. À ce jour, une seule étude explorant les événements de vie (Pompili et al., 2011) chez les personnes ayant réalisé une tentative de suicide et celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide a été répertoriée. La majorité de ces études ont démontré des liens avec la psychopathologie ou certaines variables sociodémographiques chez une clientèle précise, comme les adolescents, dans un contexte de post-hospitalisation pour tentative de suicide ou auprès de personnes atteintes de psychopathologie (troubles de la personnalité ou trouble bipolaire). Considérant que la présence d'une tentative de suicide antérieure est le facteur le plus déterminant d'un comportement suicidaire futur, il est important d'explorer les facteurs de risque qui augmenteraient la vulnérabilité quant à la réalisation d'un autre geste suicidaire par les

personnes ayant connu une première tentative de suicide, favorisant ainsi des actions ciblées lors de suivis post-tentatives.

1.2.6 Questions de recherche et hypothèses

Cet essai doctoral propose l'identification des facteurs de risque permettant ainsi de distinguer les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide comparativement à celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide. Nous proposons d'identifier la combinaison la plus significative des facteurs de risque permettant de distinguer les deux groupes (analyses bivariées).

Voici les trois hypothèses abordées par cet essai doctoral :

- 1) Nous observerons significativement plus de facteurs de risque associés à la psychopathologie (axes I et II et comorbidité plus importante) chez le groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide.
- 2) Nous observerons significativement plus d'événements pendant l'enfance et dans le milieu familial à l'enfance (abus, difficultés durant l'enfance, difficultés vécues par la famille) chez le groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide.
- 3) Nous observerons significativement plus d'événements de vie à l'âge adulte chez le groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide.

CHAPITRE II – MÉTHODOLOGIE

2.1 Participants

La population cible de ce projet inclut deux groupes, soit les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide au cours de leur vie et celles qui en ont réalisé plusieurs (deux tentatives de suicide ou plus).

Le groupe de recherche sur les trajectoires de vie (Séguin et al.) a constitué une banque de données étoffée afin de mieux comprendre le phénomène de la suicidabilité. Les données de cette banque proviennent de plusieurs projets d'étude et ont été recueillies entre 2004 et 2016. Cette banque de données comptait des informations au sujet des personnes décédées par suicide qui étaient comparés à d'autres groupes contrôles. En fonction des questions de recherche, ceux-ci pouvaient inclure : des personnes ayant réalisé des tentatives de suicide; des personnes ayant des troubles de santé mentale sans tentative de suicide; des groupes de la population générale. Le recueil de ces données a pu être réalisé grâce à la collaboration du bureau du Coroner et des familles des personnes décédées par suicide qui ont été contactées et ont acceptées de rencontrer un assistant de recherche, pour quelques rencontres, afin de reconstituer l'histoire de vie de la personne décédée par suicide.

Cette collecte de données initiale avait comme objectif de mieux comprendre les trajectoires de vie menant au décès par suicide. Pour ce faire, les projets d'études initiaux, dont sont extraites les données pour cet essai, sont des études s'intéressant au fardeau d'adversité vécu tout au long de la vie. Afin de déterminer le fardeau d'adversité, il est nécessaire de conduire des entretiens cliniques afin de recueillir les événements significatifs ayant caractérisé la vie de la personne. Ceci requiert de s'intéresser à l'histoire de vie de la personne afin d'identifier les événements vécus ayant

significativement contribué au développement de vulnérabilités. Conséquemment, ce type d'entretien est réalisé sur le mode de la conversation permettant de faire ressortir la signification rattachée à l'événement. Ainsi, il n'est pas question de simplement identifier la présence ou l'absence d'un événement à partir d'une liste préétablie d'événements aux fins de l'étude. Au-delà de la présence de l'événement, plusieurs éléments sont tenus en compte, soit la signification de l'événement pour la personne, le contexte de l'événement, la durée de l'événement, la fréquence de l'événement, la sévérité de l'événement, la co-occurrence avec d'autres événements au même moment et, aussi, les facteurs de protection.

Lors des entretiens, les données recueillies portent sur les données sociodémographiques, les antécédents familiaux, la santé mentale et tous les événements significatifs touchant toutes les sphères de la vie, et ce, de la naissance jusqu'au décès (voir Annexe A). Ces événements sont répertoriés en Annexe A, mais ils incluent toutes les sphères de vie, soit les sphères familiale, amicale, amoureuse, académique, professionnelle, légale et financière. Tel que décrit précédemment, à partir des événements de vie rapportés, un fardeau d'adversité est codifié en panels, et ce, pour chaque période d'âge de 5 ans. Ces panels sont composés de psychologues et de psychiatres. La codification du fardeau d'adversité permet de réaliser des analyses de modélisation et d'établir des trajectoires de vie. L'identification de trajectoires de vie permet de classifier les participants en sous-groupes selon le partage de caractéristiques similaires ainsi que d'observer l'évolution et la fluctuation des trajectoires pour chacun des sous-groupes. Ces trajectoires déterminées permettent d'identifier des facteurs de risque caractérisant chacun des sous-groupes afin de mieux comprendre les sous-populations au sein d'une même population. Conséquemment, l'identification des facteurs de risque d'une sous-population permet de mieux cibler des interventions associées.

Cette banque de données rétrospective et corrélationnelle contient une multitude de données permettant de mieux comprendre le phénomène de la suicidalité. À partir de cette banque cumulant une diversité de données, il nous est possible d'en extraire des données sur les tentatives de suicide et de réaliser des analyses secondaires. Ainsi, un total de 78 participants ayant fait des tentatives de suicide a été identifié, permettant de constituer deux groupes de participants, soit un groupe de 40 participants ayant réalisé une seule tentative de suicide et un deuxième groupe de 38 participants ayant réalisé de multiples tentatives de suicide.

2.2 Méthodes de cueillette des données et instruments

La collecte de données pour tous les individus ayant fait une tentative de suicide a été réalisée auprès de ceux-ci au cours d'entretiens cliniques. Le recueil de données est basé sur des entrevues semi-structurées (méthodes narratives) allant de 1 à 3 rencontres d'une durée d'environ 2 h 30 chacune en vue de documenter chaque histoire de vie.

De plus, nous souhaitons préciser notre participation à quelques projets de recherche initiaux, dont sont tirées les données analysées pour ce projet. En effet, nous avons pu collaborer à diverses étapes de ces projets de recherche, soit la mise en place du recrutement, la collecte de données ainsi que l'analyse des entrevues cliniques et du fardeau d'adversité.

Le recueil est rétrospectif. Un biais important associé à ce type de recueil est le recours à la mémoire pour le rappel des événements. Il peut y avoir une distorsion de la mémoire associée aux événements remémorés. Toutefois, des études ont démontré que cette méthode est fiable et valide malgré ce biais.

En ce sens, Henry, Moffitt, Caspi, Langley et Silva (1994) ont comparé l'exactitude du rappel des événements selon une mesure rétrospective et des mesures prospectives. Ils ont déterminé que le rappel des événements était considéré modérément exact dans l'ensemble, pour les mesures rétrospectives, et ce, pour les événements de diverses sphères de la vie. À la suite d'une méta-analyse d'études rétrospectives, Hardt et Rutter (2004) ont conclu que, lorsque bien opérationnalisée, une mesure rétrospective des événements survenus à l'enfance, tels que des abus et des conflits familiaux, peut être suffisamment valide. Caspi et al. (1996) ont rapporté dans deux études que les participants étaient en mesure de se rappeler des événements associés à leur éducation, leur travail ainsi que leur lieu de résidence lorsque ces données étaient recueillies à trois ou cinq ans d'intervalle. Dans le cadre de leur étude, Berney et Blane (1997) ont conclu que les participants étaient en mesure de bien se rappeler des événements associés à leur lieu de résidence et certains détails associés à leur résidence lorsque ces données étaient recueillies à 50 ans d'intervalle. Lin, Ensel et Lai (1997) ont démontré dans leur étude que le recours à une mesure rétrospective mène à une sous-estimation du nombre d'événements survenus dans le passé. Hardt et Rutter (2004) concluent aussi que le recours à une méthode rétrospective est associé à une sous-estimation du nombre d'événements rapportés. Par ailleurs, les participants sous-représentaient par oubli plutôt qu'en situant l'événement à un autre moment dans le temps (Hardt & Rutter, 2004). Moffitt et al. (2010) ont aussi démontré la sous-estimation de la psychopathologie rapportée dans un recueil rétrospectif. En effet, la prévalence à vie de l'un des quatre troubles de santé mentale (troubles anxieux, trouble dépressif majeur, dépendance à l'alcool et dépendance au cannabis) étudiés pour un recueil prospectif a presque doublé lorsque comparée à la prévalence à vie pour un recueil rétrospectif (Moffitt et al., 2010). Dohrenwend (2006) explique que cette méthode narrative, bien que plus coûteuse que l'autoadministration de listes d'événements stressants, permet d'obtenir des réponses plus valides et fidèles dans le temps tout en réduisant la variabilité intracatégorielle.

Les individus semblent se rappeler assez bien des événements importants de leur vie. Bien que l'emploi d'une méthode rétrospective mène à une sous-évaluation du nombre d'événements de vie ou du nombre de troubles mentaux, il demeure qu'une sous-estimation constitue un biais méthodologique reconnu et moins majeur qu'une surestimation des facteurs de risque.

Il est toutefois possible d'aider les individus à se rappeler des événements en se référant à des documents (par exemple, des dossiers médicaux, des albums de photos, des journaux intimes, des agendas, etc.) (Berney & Blane, 1997; Brewin, Andrews & Gotlib, 1993; Janson, 1990) ou bien en utilisant un calendrier de vie comme aide visuelle (Berney & Blane, 1997; Caspi, 1996; Grotper, 2008).

Durant ces rencontres, divers instruments de mesure ont été administrés :

- 1) *Questionnaire sociodémographique* : ce questionnaire permet de recueillir les renseignements sociodémographiques de la personne. Outre le genre, l'âge, l'état civil et la situation économique, diverses questions sont posées sur la situation familiale, les abus dans l'enfance, les hospitalisations psychiatriques et les relations entretenues avec le système judiciaire. Ce document s'administre en une trentaine de minutes et permet d'obtenir des renseignements de base sur la personne. Ce questionnaire est un instrument utilisé par l'équipe du Groupe McGill d'études sur le Suicide à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

- 2) *SCID I et SCID II* : les SCID I (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1992) et SCID II (First et al., 1995) sont des outils semi-structurés permettant d'établir les diagnostics de santé mentale de l'axe I et les traits et troubles de personnalité de l'axe II selon le

DSM-IV (APA, 2000). Ces questionnaires sont souvent utilisés afin d'établir des diagnostics. Les qualités psychométriques des SCID I et II ont été démontrées. La fidélité interjuge pour le SCID I et le SCID II est considérée bonne à excellente (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011; Schneider et al., 2004; Zanarini et al., 2000), tout comme la fidélité test-retest (Schneider et al., 2004). La validité pour le SCID I et le SCID II est aussi considérée bonne à excellente (Schneider et al., 2004).

- 3) *La trajectoire de vie* : l'instrument de la trajectoire de vie (Séguin) (voir Annexe A) a été inspiré de l'histoire du calendrier de vie de Caspi (1996) et Ensel, Peek, Lin et Lai (1996). En adoptant une approche narrative semi-dirigée, il s'agira de consigner l'ensemble des événements d'adversités que les participants évoqueront lors de l'entretien semi-dirigé. La durée de chaque événement ou la période de leur récurrence seront également consignées. Le questionnaire multiaxial explore les événements de vie par grandes sphères qui incluent des événements spécifiques et sur un axe longitudinal la fréquence et l'occurrence des événements en utilisant un calendrier de vie. Ce calendrier de vie nous permet de tracer l'apparition d'événements spécifiques de difficultés et de protection, d'identifier la durée de ces épisodes et d'estimer la sévérité des événements, selon des sphères différentes. Il touche à de nombreuses variables réparties parmi 15 différentes sphères de leur vie : lieux de résidence, relations avec les parents à l'enfance, vie amoureuse, grossesses/naissances, vie familiale du participant avec ses enfants et sa famille élargie, difficultés personnelles, jeu pathologique, vie scolaire, vie professionnelle, vie sociale, pertes et séparations, autres adversités (logement, finances, difficultés

juridiques, décès), expériences négatives, facteurs de protection et recherche de services.

2.3 Variables

Dans un premier temps, des variables portant sur la psychopathologie ont été analysées et comparées entre les deux groupes. Ces variables sur la psychopathologie incluent les troubles de santé mentale sur les axes I et II (DSM-IV), soit le nombre de diagnostics présents et la prévalence des différentes catégories de troubles de santé mentale.

Dans un deuxième temps, des variables portant sur les événements au cours de la vie ont fait l'objet d'analyses afin de comparer les deux groupes. Ces variables seront divisées selon des tranches d'âge de 10 ans. Ces événements de vie regroupent les diverses formes d'abus, les difficultés associées au milieu familial, les difficultés académiques, les difficultés relationnelles dans la sphère amicale, les difficultés relationnelles dans la sphère amoureuse, les difficultés relationnelles dans la sphère professionnelle, les difficultés légales et les difficultés financières. Ces difficultés analysées sont la combinaison des difficultés identifiées dans ces catégories, tel que nous pouvons les constater dans l'instrument de mesure en annexe (Annexe A). Ainsi, les événements identifiés, dans chacune des sphères, résument les événements qui ont jalonné la trajectoire de vie des participants.

2.4 Procédures

L'étude est rétrospective. Sous la supervision d'une coordonnatrice chevronnée, des étudiants en psychologie disposant de la formation nécessaire réalisent les entrevues et administrent les instruments de mesure. De nombreuses entrevues sont enregistrées. De plus, tel qu'indiqué

précédemment, la coordonnatrice révisé tous les instruments de mesure et la vignette clinique rédigée pour s'assurer de la fiabilité et l'exactitude des renseignements rapportés ainsi que de l'uniformité de l'information recueillie par les assistants à la recherche. Finalement, tous les diagnostics cliniques sont révisés en panel par des experts (psychologues et psychiatres) pour en arriver à un consensus diagnostique et clinique. Lors de plusieurs études (Lesage et al., 1994; Séguin et al., 2006; 2007), l'équipe d'experts a obtenu des taux d'accord inter-juge qui étaient élevés. Pour les SCID-I et SCID-II, les accords inter-juges calculés ont atteint près de 90% alors que pour l'instrument de la trajectoire de vie, les accords inter-juges ont atteint un seuil allant de 76% à 97% selon la période de vie (Séguin et al., 2007).

2.5 Devis de recherche et plans d'analyse des données

Le devis de recherche proposé est rétrospectif et corrélationnel. Afin de relever les facteurs de risque significatifs pour les deux groupes, nous avons réalisé des analyses de fréquences, ainsi que des tests de proportion, comme le khi-deux. Ces tests permettent de déterminer si la distinction des facteurs de risque entre les participants des deux groupes est significative.

2.6 Éthique

Les données qui sont utilisées pour ce projet ont fait l'objet d'une approbation éthique par les comités éthiques institutionnels correspondant à chacune des études. Une demande d'approbation éthique a été octroyée afin de réaliser des analyses secondaires sur des données déjà recueillies. Le consentement écrit des participants a été obtenu pour l'utilisation des données à des fins d'analyses secondaires.

CHAPITRE III – RÉSULTATS

3.1 Description des échantillons

Un nombre de 78 participants répartis en deux groupes ont été comparés pour cet essai doctoral. Le groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide se compose de 40 participants, soit 20 hommes et 20 femmes, alors que le groupe ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide se compose de 38 participants, soit 25 hommes et 13 femmes. Plusieurs variables ont été analysées, soit l'âge moyen, l'état civil, la scolarité et le statut professionnel et aucune différence statistiquement significative n'a été décelée (voir tableau 1), indiquant une comparabilité entre les deux groupes.

Tableau 3.1 Comparaison des participants des deux groupes selon des variables descriptives

Variables		Groupe de participants ayant réalisé une tentative de suicide (n = 40)	Groupe de participants ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus (n = 38)
Genre	Masculin	20	25
	Féminin	20	13
Âge moyen		46 ans	45 ans
Âge moyen lors de la première tentative de suicide		37 ans	33 ans
État civil	Célibataire/Fréquentation amoureuse	11	11
	Conjoint(e) de fait/Marié(e)	18	14
	Séparé(e)/Divorcé(e)/Veuf(ve)	11	13
Scolarité	Études secondaires	23	25
	Études collégiales	9	5
	Études universitaires	8	7
Statut professionnel	Emploi actif	20	13

3.2 Résultats pour la psychopathologie

Les analyses quant à la psychopathologie permettent de cerner quelques différences statistiquement significatives entre les deux groupes de participants. Lorsque nous examinons les données descriptives pour la psychopathologie sur l'axe I, qui ont été colligées selon la nomenclature du DSM-IV (APA, 2000), il est possible d'observer que le nombre de personnes souffrant de troubles psychopathologiques est similaire pour les deux groupes, lorsqu'évalué au cours de la vie (tableau 3) ou durant la dernière année (tableau 4). Effectivement, 36 personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ont satisfait les critères pour au moins un trouble de santé mentale au cours de leur vie comparativement à 37 personnes pour le groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide (tableau 2). Lorsque nous comparons les deux groupes pour la présence de la psychopathologie au cours de la dernière année, nous observons que 27 personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ont satisfait les critères pour au moins un trouble de santé mentale comparativement à 32 personnes du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide (tableau 3). Toutefois, nous pouvons constater une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la présence de troubles de santé mentale. Ainsi, plus de participants du groupe à multiples tentatives de suicide ont souffert de troubles associés à la consommation d'alcool et de substances au cours de la vie ($n = 20$), en comparaison au groupe de personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 12$), et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2(1) = 4,125, p < 0,05$) (tableau 4). De plus, les participants du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide sont plus nombreux à avoir souffert de troubles de l'humeur dans la dernière année ($n = 24$), comparativement aux participants ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 16$), et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2(1) = 4,183, p < 0,05$) (tableau 5).

Tableau 3.2 Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe I au cours de la vie (par participant) (selon le DSM-IV)

Nombre de diagnostics durant la vie	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Aucun trouble	4	10	1	2,6	Conditions non remplies ¹
Un seul trouble	13	32,5	10	26,3	$\chi^2(1) = 0,358$, $p = 0,549$
Deux troubles ou plus	23	57,5	27	71	$\chi^2(1) = 1 555$, $p = 0,212$

Tableau 3.3 Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe I durant la dernière année (par participant) (selon le DSM-IV)

Nombre de diagnostics au cours des 6 derniers mois	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Aucun trouble	13	32,5	6	15,8	$\chi^2(1) = 2,953$, $p = 0,086$
Un seul trouble	14	35	17	44,8	$\chi^2(1) = 0,771$, $p = 0,380$
Deux troubles ou plus	13	32,5	15	39,5	$\chi^2(1) = 0,412$, $p = 0,521$

¹ Test exact de Fisher = 0,359

Tableau 3.4 Les troubles de santé mentale sur l'axe I au cours de la vie (selon le DSM-IV)

Troubles de santé mentale durant la vie	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Troubles de l'humeur	24	60	26	68,4	$\chi^2(1) = 0,601$, $p = 0,438$
Troubles psychotiques	0	0	3	7,9	Conditions non remplies ²
Troubles associés à l'alcool et aux substances	12	30	20	52,6	$\chi^2(1) = 4,125$, $p = 0,042$
Troubles anxieux	11	27,5	13	34,2	$\chi^2(1) = 0,412$, $p = 0,521$

Tableau 3.5 Les troubles de santé mentale sur l'axe I durant la dernière année (selon le DSM-IV)

Troubles de santé mentale au cours des 6 derniers mois	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Troubles de l'humeur	16	40	24	63,2	$\chi^2(1) = 4,183$, $p = 0,041$
Troubles psychotiques	0	0	3	7,9	Conditions non remplies ³
Troubles associés à l'alcool et aux substances	5	12,5	7	18,4	$\chi^2(1) = 0,525$, $p = 0,469$
Troubles anxieux	6	15	11	28,9	$\chi^2(1) = 2,224$, $p = 0,136$

² Test exact de Fisher = 0,111

³ Test exact de Fisher = 0,111

Quant aux données disponibles pour la présence de psychopathologie à l'axe II, il est possible d'observer une prévalence plus importante de troubles de santé mentale de l'axe II chez les participants du groupe à multiples tentatives de suicide ($n = 24$) comparativement aux participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 15$) (tableau 6). En effet, les participants du groupe à multiples tentatives de suicide sont plus nombreux à cumuler deux diagnostics ou plus de trouble de santé mentale de l'axe II ($n = 12$) que les participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 5$), et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2(1) = 3,937$, $p < 0,05$) (tableau 6). Puis, à l'inverse, un plus grand nombre de participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ne présente aucun trouble de santé mentale de l'axe II ($n = 25$) comparativement aux participants du groupe à multiples tentatives de suicide ($n = 12$), et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2(1) = 5,132$, $p < 0,05$) (tableau 6).

De plus, il est possible d'observer que les participants du groupe à multiples tentatives de suicide présentent plus de troubles de personnalité du groupe A (paranoïde, schizoïde et schizotypique) ($n = 9$) comparativement aux participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 2$), et ce, de façon statistiquement significative ($\chi^2(1) = 5,412$, $p < 0,05$) (tableau 7). Toutefois, nous pouvons observer que les troubles de personnalité du groupe C sont les plus prévalents pour le groupe de participants ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus ($n = 13$), mais aussi pour le groupe de participants ayant réalisé une seule tentative de suicide ($n = 10$).

Finalement, le nombre moyen de diagnostics de troubles de santé mentale (combinaison des diagnostics des axes I et II du DSM-IV) entre les participants des deux groupes indique une différence significative. Ainsi, nous constatons que les participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ont un nombre moyen de 3 diagnostics alors que les participants du

groupe à multiples tentatives de suicide ont un nombre moyen de 5 diagnostics. Le test de Mann-Whitney nous permet de conclure que le nombre de diagnostics est associé au nombre de tentatives de suicide ($U = 1016, p = 0,010, r = 0,29$). Ainsi, les personnes ayant réalisé plus de tentatives de suicide cumulent plus de diagnostics de troubles de santé mentale.

Tableau 3.6 Nombre total de diagnostics de troubles de santé mentale sur l'axe II au cours de la vie (par participant) (selon le DSM-IV)

Nombre de diagnostics durant la vie	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Aucun trouble	25	62,5	14	36,8	$\chi^2(1) = 5,132, p = 0,023$
Un seul trouble	10	25,0	12	31,6	$\chi^2(1) = 0,417, p = 0,519$
Deux troubles ou plus	5	12,5	12	31,6	$\chi^2(1) = 4,162, p = 0,041$

Tableau 3.7 Les troubles de santé mentale sur l'axe II au cours de la vie (selon le DSM-IV)

Troubles de santé mentale sur l'axe II	Groupe « une seule tentative de suicide » (n = 40)		Groupe « deux tentatives de suicide ou plus » (n = 38)		Khi-deux
	n	%	n	%	
Groupe A	2	5,0	9	23,7	$\chi^2(1) = 5,412, p = 0,020$
Groupe B	3	7,5	7	18,4	Conditions non remplies ⁴
Groupe C	10	25	13	34,2	$\chi^2(1) = 0,675, p = 0,411$

⁴ Test exact de Fisher = 0,192

3.3 Résultats pour les événements de vie

En ce qui concerne les résultats pour la présence d'événements de vie significatifs, peu d'événements de vie se sont avérés statistiquement significatifs pour distinguer les participants des deux groupes. Il est important de noter qu'il y a une perte de participants à chacune des périodes d'âge. Ceci s'explique par l'âge des participants au moment de leur participation à l'étude. En effet, les variables qui se sont avérées différentes sont les difficultés relationnelles de la sphère amicale pour la période d'âge de 20-29 ans, les difficultés de la sphère professionnelle pour la période d'âge de 40-49 ans et les difficultés relationnelles amoureuses pour la période d'âge de 50-59 ans (tableau 8). Bien que peu de variables se soient avérées significatives pour distinguer les deux groupes, il apparaît important de noter que les participants des deux groupes partagent des difficultés importantes au cours de leur vie. Ainsi, dans un premier temps, nous allons réviser les variables qui distinguent les groupes, et ce, de façon statistiquement significative. Dans un deuxième temps, nous allons résumer l'ampleur des difficultés partagées par les participants des deux groupes.

Pour la période de 20 à 29 ans, les difficultés relationnelles de la sphère amicale furent présentes pour 34,3 % (n = 12) des personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide et pour 62,2 % (n = 23) des personnes du groupe à multiples tentatives de suicide. Un test du khi-deux fut réalisé puisque les conditions d'application étaient réunies pour cette variable. Le résultat obtenu permet de conclure à une association entre les deux variables ($\chi^2(1) = 5,595, p = 0,018$).

Les difficultés de la sphère professionnelle furent présentes pour 62,1 % (n = 18) des personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide et pour 28,6 % (n = 8) des personnes du groupe à multiples tentatives de suicide, et ce, pour la période d'âge 40-49 ans. Un test du khi-deux fut

réalisé puisque les conditions d'application étaient réunies pour cette variable. Le résultat obtenu permet de conclure à une association entre les deux variables ($\chi^2(1) = 6,643, p = 0,011$). Toutefois, il est important de préciser le pourcentage de chacun des participants ayant un emploi au cours de chacune des périodes d'âge, puisque les personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide sont plus nombreuses à avoir occupé un emploi au cours de leur vie comparativement aux personnes du groupe à multiples tentatives de suicide. En effet, 45 % ($n = 18/40$) des personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide occupaient un emploi pour la période 10-19 ans, alors que 51 % ($n = 18/35$) d'entre elles en occupaient un pour la période 20-29 ans, 58 % ($n = 18/31$) pour la période 30-39 ans, 41 % ($n = 12/29$) pour la période 40-49 ans et 75 % ($n = 15/20$) d'entre elles en occupaient un pour la période 50-59 ans. En ce qui concerne les personnes du groupe à multiples tentatives de suicide, seulement 34 % ($n = 13/38$) d'entre elles occupaient un emploi pour la période 10-19 ans. Ensuite, 30 % ($n = 11/37$) d'entre elles occupaient un emploi pour les périodes d'âge 20-29 ans et 33 % ($n = 11/33$) pour la période 30-39 ans. Finalement, seulement 29 % ($n = 8/28$) d'entre elles occupaient un emploi pour la période 40-49 ans et 53 % ($n = 9/17$) d'entre elles occupaient un emploi pour la période d'âge de 50-59 ans. Ainsi, les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide sont plus nombreuses à avoir rencontré des difficultés professionnelles, mais elles sont aussi plus nombreuses à occuper un emploi.

Dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans, des difficultés relationnelles dans la sphère amoureuse ont été décelées chez 35 % ($n = 7$) des personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide et chez 5,9 % ($n = 1$) personnes du groupe à multiples tentatives de suicide. Comme les conditions d'application du test du khi-deux ne furent pas réunies, un test exact de Fisher a été réalisé permettant de conclure à une association entre les deux variables ($p = 0,0048$).

Toutefois, il est possible de constater qu'un nombre important d'événements de vie se retrouve présent pour les deux groupes de participants. Par exemple, nous pouvons observer que 67,5 % (n= 27) des personnes ayant réalisé une tentative de suicide et 60,5 % (n = 23) des personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus ont vécu de la négligence dans la période de 0-9 ans et ces chiffres augmentent à 75 % (n = 30) et 71,1 % (n = 27), respectivement pour chacun des deux groupes, pour la période de 10-19 ans. Aussi, un nombre important d'abus est rapporté pour la période de 0 à 9 ans, soit 42,5 % (n = 17) des personnes ayant réalisé une tentative de suicide et 31,6 % (n = 12) des personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus. De plus, la présence de difficultés est importante pour les sphères amicale, amoureuse, professionnelle, légale et financière, et ce, pour les deux groupes. Ainsi, les difficultés pour les sphères amicale et amoureuse se situent autour de 40-50 % au cours de la vie adulte et elles grimpent jusqu'à 70 %. Quant aux difficultés de la sphère professionnelle, celles-ci se situent autour de 30 % au cours de la vie adulte et jusqu'à 60 % des participants rencontrent de telles difficultés. Finalement, les difficultés pour les sphères légale et financière se situent autour de 20-30 % et elles grimpent jusqu'à 50 %.

Tableau 3.8 La présence d'événements de vie durant la vie

N = 78	Groupe 1 tentative de suicide		Groupe 2 tentatives de suicide ou plus		Khi-deux
	n	%	n	%	
Événements de vie					
Âge 0-9 ans	(n = 40)		(n = 38)		
Discipline/Négligence/Tensions dans la relation parent-enfant	27	67,50	23	60,50	$\chi^2(1) = 0,412,$ $p = 0,521$
Abus sexuel, abus physique, violence psychologique subie par S	17	42,50	12	31,60	$\chi^2(1) = 0,995,$ $p = 0,318$

Difficultés académiques	15	37,50	16	42,10	$\chi^2(1) = 0,173,$ $p = 0,678$
Difficultés relationnelles amicales	7	17,50	11	28,9	$\chi^2(1) = 1,439,$ $p = 0,230$
Âge 10-19 ans	(n = 40)		(n = 38)		
Discipline/Négligence/Tensions dans la relation parent-enfant	30	75,00	27	71,10	$\chi^2(1) = 0,154,$ $p = 0,694$
Abus sexuel, abus physique, violence psychologique subie par S	18	45,00	19	50,00	$\chi^2(1) = 0,195,$ $p = 0,658$
Difficultés académiques	26	65,00	25	65,80	$\chi^2(1) = 0,005,$ $p = 0,942$
Difficultés relationnelles amoureuses	8	20,00	6	15,80	$\chi^2(1) = 0,235,$ $p = 0,628$
Difficultés relationnelles amicales	15	37,50	20	52,60	$\chi^2(1) = 1,804,$ $p = 0,179$
Difficultés légales	2	5,00	5	13,20	Conditions non remplies ⁵
Âge 20-29 ans	(n = 35)		(n = 37)		
Difficultés académiques	4	11,40	5	13,20	Conditions non remplies ⁶
Difficultés relationnelles amoureuses	11	31,40	10	27,00	$\chi^2(1) = 0,169,$ $p = 0,681$
Difficultés relationnelles amicales	12	34,30	23	62,20	$\chi^2(1) = 5,595,$ $p = 0,018$
Difficultés légales	5	14,30	7	18,90	$\chi^2(1) = 0,278,$ $p = 0,598$
Difficultés professionnelles	10	27,80	6	16,20	$\chi^2(1) = 1,425,$ $p = 0,233$

⁵ Test exact de Fisher = 0,257

⁶ Test exact de Fisher = 1,000

Difficultés financières	8	22,90	8	21,60	$\chi^2(1) = 0,016,$ $p = 0,900$
Âge 30-39 ans	(n = 31)		(n = 33)		
Difficultés relationnelles amoureuses	10	32,30	9	27,30	$\chi^2(1) = 0,190,$ $p = 0,663$
Difficultés relationnelles amicales	13	41,90	18	54,50	$\chi^2(1) = 1,018,$ $p = 0,313$
Difficultés légales	2	6,50	6	18,20	Conditions non remplies ⁷
Difficultés professionnelles	10	32,30	11	33,30	$\chi^2(1) = 0,008,$ $p = 0,927$
Difficultés financières	8	25,80	14	42,40	$\chi^2(1) = 1,957,$ $p = 0,162$
Âge 40-49 ans	(n = 29)		(n = 28)		
Difficultés relationnelles amoureuses	12	41,40	7	25,00	$\chi^2(1) = 1,720,$ $p = 0,190$
Difficultés relationnelles amicales	15	51,70	20	71,40	$\chi^2(1) = 2,334,$ $p = 0,127$
Difficultés légales	7	24,10	7	25,00	$\chi^2(1) = 0,006,$ $p = 0,940$
Difficultés professionnelles	18	62,10	8	28,60	$\chi^2(1) = 6,443,$ $p = 0,011$
Difficultés financières	13	44,80	13	46,40	$\chi^2(1) = 0,015,$ $p = 0,903$
Âge 50-59 ans	(n = 20)		(n = 17)		
Difficultés relationnelles amoureuses	7	35,00	1	5,90	Conditions non remplies ⁸
Difficultés relationnelles amicales	6	30,00	9	52,90	$\chi^2(1) = 2,006,$ $p = 0,157$

⁷ Test exact de Fisher = 0,259

⁸ Test exact de Fisher = 0,048

Difficultés légales	2	10,00	3	17,60	Conditions non remplies ⁹
Difficultés professionnelles	10	50,00	5	29,40	$\chi^2(1) = 1,616,$ $p = 0,204$
Difficultés financières	7	35,00	5	29,40	$\chi^2(1) = 0,131,$ $p = 0,717$

⁹ Test exact de Fisher = 0,644

CHAPITRE IV – DISCUSSION

4.1 Rappel de l'objectif de ce projet et des hypothèses associées

Tout d'abord, rappelons que cet essai doctoral propose l'identification des facteurs de risque permettant de distinguer les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide comparativement à celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide.

Voici un rappel des trois hypothèses à valider dans le cadre de ce projet et des résultats obtenus:

- 1) Nous observerons significativement plus de facteurs de risque de nature psychopathologique (axes I et II et comorbidité plus importante) chez le groupe ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus, comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Cette hypothèse s'est avérée partiellement confirmée. Ainsi, les personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus présentent un nombre moyen de diagnostics de trouble de santé mentale plus important que les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide. De plus, nous avons noté que les participants du groupe à multiples tentatives de suicide présentent significativement plus de troubles associés à l'alcool et les substances durant la vie, plus de trouble de l'humeur dans la dernière année, plus de troubles de la personnalité, principalement le groupe A, comparativement aux participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide.
- 2) Nous observerons significativement plus d'événements de vie pendant l'enfance (abus et difficultés durant l'enfance) chez le groupe ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus, comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Cette hypothèse s'est avérée infirmée. En fait, l'adversité durant l'enfance s'est avérée similaire pour les deux groupes de participants.

3) Nous observerons significativement plus d'événements de vie à l'âge adulte chez le groupe ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus, comparativement au groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide. Cette hypothèse s'est avérée infirmée. En effet, seulement certains événements de vie se sont avérés significatifs, durant l'âge adulte, soit les difficultés relationnelles amicales pour la période de 20 à 29 ans, les difficultés professionnelles pour la période de 40 à 49 ans et les difficultés relationnelles amoureuses pour la période de 50 à 59 ans. Toutefois, aucun autre événement ne s'est avéré significatif à l'âge adulte pour distinguer les deux groupes. Puis, l'orientation des résultats obtenus pour les difficultés professionnelles et relationnelles amoureuses va dans le sens contraire de l'hypothèse; ces difficultés sont plus importantes pour les participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide que ceux ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus.

4.2 Modèle étiologique développemental

Selon le modèle étiologique développemental de Turecki et Brent (2016) présenté précédemment, il est proposé que les comportements suicidaires résultent d'une interaction de plusieurs facteurs, dont les facteurs de risque individuel, qui nous intéressent principalement pour cette étude. Les facteurs de risque individuel se regroupent selon trois catégories présentes à travers une séquence temporelle : des facteurs distaux, développementaux et proximaux.

4.2.1 Facteurs distaux

En ce qui concerne les facteurs distaux ou prédisposants, Turecki et Brent (2016) incluent plusieurs facteurs dont l'adversité vécue durant l'enfance. Selon les résultats obtenus dans cette étude, nous pouvons observer que l'adversité vécue durant l'enfance, quoique non statistiquement significative

entre les deux groupes, est importante chez les participants des deux groupes. En effet, nous avons constaté que 67,5 % (n = 27) et 60,5 % (n = 23) des participants de chacun des deux groupes, soit, respectivement, le groupe de personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide et le groupe de personnes ayant réalisé de multiples tentatives de suicide, ont vécu de la négligence et des difficultés importantes dans leur milieu familial (tensions, discipline) au cours de la période de 0 à 9 ans. Puis, la présence de cette adversité augmente, pour la période de 10 à 19 ans, avec 75 % (n = 30) et 71,1 % (n = 27) pour chacun des deux groupes. De plus, les deux groupes présentent une présence importante d'abus (physique, sexuel et psychologique), soit 42,5 % (n = 17) et 31,6 % (n = 12) pour la période de 0 à 9 ans et 45 % (n = 18) et 50 % (n = 19) pour la période de 10 à 19 ans.

Nous pouvons observer que nos résultats diffèrent de l'étude de Pompili et al. (2011) puisque tous les participants de notre étude, tous groupes confondus, présentent une adversité importante durant l'enfance et l'adolescence. En effet, l'étude de Pompili et al. (2011) a identifié que les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide étaient plus nombreuses à avoir vécu des événements stressants dans les 15 premières années de leur vie, incluant les abus, la négligence et les conflits familiaux, comparativement aux personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide.

Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969/1982; 1973; 1980), nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle l'adversité vécue dans l'enfance, comme nous l'avons constaté pour les deux groupes, mène à une prédisposition (ou une vulnérabilité) pour l'éventuel développement d'enjeux d'attachement problématiques. À partir de l'idée de Bowlby qui affirme que les modèles internes opérants de soi et des autres sont façonnés principalement dans l'enfance et qu'ils sont issus des expériences relationnelles vécues avec la figure d'attachement, il est possible de supposer

que les adversités vécues durant cette période influencent de façon importante ces représentations internes des autres et de soi. Ainsi, ces expériences peuvent prédisposer ces personnes à développer une méfiance envers les autres, un sentiment d'être sans valeur et, donc, de présenter un style d'attachement insécuré. Par la suite, cet attachement de type insécuré teinte les relations avec les autres et a des répercussions sur le fonctionnement.

Quelques auteurs se sont penchés sur la relation entre l'adversité durant l'enfance et l'attachement et ils ont tous démontré une association significative entre les abus physiques et/ou sexuels durant l'enfance (Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn & Beer, 2006; Boroujerdi et al., 2018; Unger & De Luca, 2014; Widom, Czaja, Kozakowski & Chauhan, 2017), ainsi que la négligence durant l'enfance (Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn & Beer, 2006; Widom, Czaja, Kozakowski & Chauhan, 2017) et la présence d'un attachement insécuré.

Cette fragilité développementale (issue d'un attachement insécuré) entraîne diverses difficultés. Entre autres, ces enfants vont présenter plus de difficultés de socialisation avec les pairs à l'école pouvant se manifester autant par des comportements surréactifs (comme l'agressivité, l'opposition ou l'intimidation) ou par des comportements sous-réactifs (peu d'interactions, passivité, dépendance ou retrait). Selon les résultats obtenus, nous pouvons observer que 17,5 % (n = 17) et 28,9 % (n = 11) des participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide et des participants du groupe à multiples tentatives de suicide, et ce, respectivement, ont présenté des difficultés relationnelles dans leurs relations sociales pour la période de 0-9 ans.

De plus, les participants des deux groupes ont rencontré des difficultés dans la sphère académique. Selon les résultats obtenus, un bon nombre des participants des deux groupes de l'étude ont

rencontré des difficultés académiques importantes au niveau des études primaire et secondaire. Les difficultés académiques colligées sont les difficultés d'apprentissage, les difficultés associées au contexte social de l'école (comme être victime d'intimidation), les difficultés de comportement en milieu scolaire et envers autrui, les difficultés associées à la performance scolaire, ainsi que le cheminement particulier, le manque de motivation scolaire et l'abandon/le décrochage scolaire. Ainsi, 37,5 % (n = 15) du groupe ayant réalisé une tentative de suicide et 42,1 % (n = 16) du groupe à multiples tentatives de suicide a des difficultés académiques entre l'âge de 5 à 9 ans. De plus, le pourcentage de participants ayant connu des difficultés académiques augmente pour les études secondaires, soit 65 % (n = 26) et 65,8 % (n = 25), et ce, respectivement pour le groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide et celui ayant réalisé de multiples tentatives de suicide. Cette présence de difficultés académiques s'avère plus importante que celles retrouvées dans la population générale.

Dans une étude longitudinale, Potvin, Leclerc et Massé (2009) (cité dans Potvin et Lapointe, 2010) ont identifié que 21,6 % des élèves de niveau maternel vivaient des difficultés scolaires. Selon Potvin et Paradis (2000) (cité dans Potvin et Lapointe, 2010), entre 15 % et 20 % des élèves de la maternelle et des première et deuxième année du primaire présentent des difficultés d'apprentissage. En ce qui concerne les troubles d'apprentissage, St-Laurent (2008) (cité dans Potvin et Lapointe, 2010) rapporte que « le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MELS) a constaté, qu'au cours de l'année 2001-2002, près de 3,8 % des garçons et de 2,3 % des filles ont connu un redoublement au cours du primaire, et ce, dans l'ensemble du réseau scolaire. ». De plus, selon Potvin et Paradis (2000), entre 9 % et 12 % des élèves de la maternelle, de première et de deuxième année présentent des difficultés de comportement extériorisées (difficultés de comportement, opposition envers l'autorité, hyperactivité, expression d'agressivité).

Donc, nous pouvons constater que les résultats obtenus à partir de nos échantillons démontrent que les personnes ayant réalisé une seule ou plusieurs tentatives de suicide ont vécu durant l'enfance plus de difficultés scolaires que la moyenne des enfants au même âge. Comme indiqué précédemment, ces résultats indiquent possiblement des difficultés sous-jacentes, dont des enjeux d'attachement inséure, mais pas exclusivement. Aussi, il est possible d'avancer que certains déficits d'habiletés nuisant aux relations avec les pairs et aussi une non-disponibilité pour les apprentissages ne leur permettent pas une adaptabilité à leur rôle académique.

Malgré la possibilité d'enjeux d'attachement contribuant à l'apparition de difficultés à l'enfance, mais aussi à les maintenir, il est aussi possible qu'un cumul d'événements vécus à un si jeune âge fragilise et vulnérabilise le développement socioaffectif contribuant à l'émergence de facteurs de vulnérabilité prédisposant à la poursuite d'un cumul de difficultés ultérieurement, des difficultés affectant diverses sphères de la vie, menant ainsi au développement de diverses trajectoires pouvant mener à des comportements suicidaires.

Nous aborderons plus loin les mécanismes sous-jacents qui pourraient permettre d'éclairer la présence des difficultés identifiées, dont les comportements suicidaires, pour les deux groupes de cette étude. Ces mécanismes se retrouvent associés aux divers déficits soulignés dans cette section.

4.2.2 Facteurs développementaux

Les facteurs développementaux ou médiateurs regroupent des facteurs de vulnérabilité qui expliquent la différence entre des trajectoires de vie adaptées ou inadaptées. Ces facteurs développementaux agissent comme intermédiaires dans la relation entre la vulnérabilité installée avec la présence des facteurs distaux et le développement éventuel des comportements suicidaires.

Plusieurs facteurs contribuent à cette médiation. Ces facteurs développementaux se révéleraient à travers les traits de personnalité, tels que l'anxiété, l'impulsivité et l'agressivité, mais aussi avec l'expression de styles cognitifs, tels que les difficultés de mémoire et les déficits de résolution de problème. Conséquemment, ces difficultés s'observent par la présence de psychopathologie et de difficultés relationnelles, mais aussi sur la capacité de régulation émotionnelle contribuant ainsi à une plus grande présence de difficultés au cours de la vie, et ce, affectant les diverses sphères de la vie. De plus, la présence d'impulsivité et d'agressivité peut contribuer au développement de psychopathologie avant le passage à l'acte de nature suicidaire.

Selon les données de l'INSPQ (Lesage et Émond, 2012), la prévalence des troubles de santé mentale chez la population québécoise, tous groupes d'âge confondus, estimée à partir de données administratives, se situe à 12 %, en 2009-2010. Les auteurs rapportent que la prévalence de troubles de santé mentale, tous groupes d'âge confondus, à partir d'enquêtes populationnelles, est habituellement estimée à 20 % (Lesage et Émond, 2012). Nous pouvons observer que nos résultats indiquent une présence des troubles de santé mentale beaucoup plus importante que les prévalences populationnelles québécoises. En effet, selon les données du tableau 2, jusqu'à 80 % des participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide ont souffert d'un ou plusieurs troubles de santé mentale sur l'axe I, selon le DSM-IV (APA, 2000), au cours de leur vie comparativement à 97 % des participants du groupe ayant réalisé de multiples tentatives de suicide. De plus, nous constatons que les troubles de santé mentale sont significativement plus importants pour le groupe à multiples tentatives de suicide comparativement au groupe de personnes ayant réalisé une tentative de suicide. Plusieurs résultats obtenus se sont avérés statistiquement significatifs pour distinguer les participants des deux groupes. Ainsi, les personnes du groupe à multiples tentatives de suicide présentent un nombre moyen de diagnostics significativement plus

important (nombre moyen de 5) que les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide (nombre moyen de 3), si nous combinons les diagnostics identifiés sur les axes I et II, selon le DSM-IV (APA, 2000). De plus, nous observons une présence de troubles de la personnalité plus importante chez les personnes du groupe à multiples tentatives de suicide comparativement aux personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide (tableau 7), tout particulièrement pour les troubles de personnalité du groupe A. Aussi, nous trouvons une présence plus importante de troubles associés à l'alcool et aux substances chez les personnes du groupe ayant réalisé deux tentatives de suicide comparativement aux personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide (tableau 5). De même, les personnes du groupe ayant réalisé deux tentatives de suicide présentent plus de troubles de l'humeur que les personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide (tableau 6).

Delisle (2002) suggère que la personnalité est l'équivalent psychique des systèmes digestif, métabolique et immunitaire. Ainsi, la personnalité a pour rôle de repérer dans son environnement les nourritures psychiques qui vont permettre d'assurer notre santé et notre développement. La personnalité se développe à travers un nombre d'enjeux développementaux qui se présentent au cours de la vie. Nous devons tous métaboliser ces enjeux développementaux. Nous pouvons en résumer plusieurs, comme la sécurité, l'estime de soi, la liberté, l'autonomie, mais aussi l'attachement, qui nous intéresse plus particulièrement pour cet essai doctoral. Conséquemment, une personnalité qui fonctionne bien en est une qui a réussi la pleine métabolisation de ces enjeux développementaux et, conséquemment, a acquis un registre étendu et flexible pour diverses préférences alimentaires. Cette personnalité fonctionnelle réussit à naviguer à travers les situations de la vie sans développer de problématiques cliniques puisqu'elle a les capacités métaboliques et immunitaires pour y faire face. En contrepartie, la personnalité pathologique se caractérise par une

carence de capacités digestives, métaboliques et immunitaires de la psyché. De plus, ces carences s'accordent avec des préférences alimentaires. Ces préférences alimentaires, qui en sont des vulnérabilités développementales (enjeu développemental inachevé), dont l'attachement, mènent la personne à perpétuer ces enjeux développementaux inachevés dans ses relations avec les autres afin de pouvoir métaboliser ces enjeux. Ainsi, la reproduction des enjeux développementaux inachevés poursuit un double objectif, soit de retrouver un univers connu et d'espérer une issue différente (Delisle, 2002).

Si nous adoptons la position de Delisle, nous pourrions être amenés à considérer que les personnes du groupe à multiples tentatives de suicide présenteraient plus de carences au niveau de leur système immuno-métabolique puisqu'elles rencontrent plus de difficultés de santé mentale comparativement aux personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide.

Dans le même ordre d'idées, cette présence plus importante de troubles de personnalité, de troubles associés à la consommation d'alcool et de substances et de troubles de l'humeur, chez les participants du groupe à multiples tentatives de suicide, nous permet de croire que le style d'attachement insécure développé à l'enfance pourrait expliquer, et possiblement accentuer, une vulnérabilité à la psychopathologie et à l'abus de substances et d'alcool. L'attachement insécure serait insuffisant en soi pour conduire à la psychopathologie, mais serait plutôt une prédisposition amplifiée par d'autres facteurs, tels que des événements de vie ou d'autres facteurs modérateurs, comme les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels (Mikulincer & Shaver, 2012). Ainsi, les conséquences de l'attachement insécure, soit un manque d'habiletés dans les relations avec autrui ainsi que des déficits ou l'absence d'apprentissage de stratégies de régulation émotionnelle, peuvent prédisposer au développement de la psychopathologie. En effet,

l'interaction entre les besoins et les demandes de l'enfant et la réponse reçue par le milieu familial mène à la création de cognitions, de perceptions, de croyances, de schémas, d'émotions et de comportements stables et rigides ayant des répercussions sur le fonctionnement dans diverses sphères. Entre autres, la sphère cognitive peut se retrouver affaiblie entraînant des difficultés de résolution de problèmes et des distorsions dans l'interprétation des situations. Dans le même sens, la sphère émotionnelle se retrouve impactée menant à des difficultés de régulation émotionnelle, autant associée à l'inhibition ou à l'intensité. Ainsi, ces patterns établis se perpétuent, amenant une stabilité et une rigidité diminuant la variabilité du registre relationnel et ne permettant pas une bonne adaptabilité dans leur fonctionnement. Conséquemment, ceci peut contribuer au développement de troubles de la personnalité chez ces personnes.

De plus, si nous nous rappelons les neuf études présentées dans la section méthodologie, soit les études qui comparaient les personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide et celles ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide sur plusieurs variables, il est possible de constater que les résultats obtenus avec cet essai doctoral abondent dans le même sens que les conclusions de ces études, soit que la variable la plus significative pour distinguer ces deux groupes est la présence de psychopathologie.

Finalement, la catégorie des facteurs développementaux comprend aussi l'impulsivité et l'agressivité. Nous n'avons aucune variable qui mesure l'impulsivité ou l'agressivité. Toutefois, comme l'impulsivité et l'agressivité sont des traits de personnalité qui amènent les personnes à réagir rapidement, sans planification, sans égard aux conséquences et, voire même avec violence, il est possible d'explorer des variables qui peuvent représenter ces caractéristiques, mais seulement indirectement. Nous avons déjà rapporté une présence importante de psychopathologie pour les

personnes du groupe à multiples tentatives de suicide, dont des troubles de l'utilisation de l'alcool et de substances, qui pourrait nous permettre de croire à la présence d'impulsivité et d'agressivité. De plus, deux autres variables peuvent nous amener à avancer l'hypothèse de la présence d'impulsivité et d'agressivité, et ce, indirectement, soit les difficultés légales et les difficultés financières. Les événements rapportés par les participants associés aux difficultés légales incluent : les poursuites judiciaires (par exemple, arrestation, prison), le harcèlement commis et l'instigation d'actes criminels (fraude, dettes impayées, possession ou vente de drogues, vols). Les événements rapportés au sujet des difficultés financières comprennent divers problèmes financiers importants, comme des dettes importantes qui ont d'importantes conséquences, la pauvreté, la faillite, ainsi qu'une perte de biens considérée significative pour la personne, comme des vols ou pertes d'objets de valeur. Ainsi, les difficultés légales sont présentes dès l'adolescence, pour les deux groupes, et sont relativement stables au cours de la vie, avec une moyenne de 20 % des participants de chacun des groupes qui éprouvent de telles difficultés. En ce qui concerne les difficultés financières, celles-ci sont présentes dès le début de l'âge adulte, et ce, pour les deux groupes, mais elles sont croissantes à travers la vie pour atteindre environ une personne sur deux de chacun des groupes vivant de telles difficultés. Encore une fois, il est possible d'avancer que les difficultés associées aux habiletés sociales ainsi qu'à la capacité de régulation émotionnelle jouent un rôle pour l'expression de l'impulsivité et de l'agressivité, puisqu'elles représentent des facettes de la personnalité.

4.2.3 Facteurs proximaux

Finalement, le modèle de Turecki et Brent (2016) rapportent une troisième catégorie de facteurs individuels, soit les facteurs proximaux, dont la psychopathologie, mais aussi la présence d'événements de vie. Selon les résultats obtenus, nous pouvons constater un cumul important de

difficultés affectant plusieurs sphères de vie, dont des difficultés relationnelles. Même si les difficultés relationnelles des deux groupes débutent tôt dans l'adolescence, possiblement étant des facteurs plus distaux que proximaux, nous pouvons observer que ces difficultés augmentent en importance au fil de l'âge adulte. Donc, il est possible d'avancer que les difficultés relationnelles font suite à un cumul d'événements et de vulnérabilités, dont l'attachement, générant ainsi des difficultés au niveau de la personnalité menant ainsi à des difficultés relationnelles. En d'autres termes, si nous référons à la position de Delisle (2002), la pression sur le système immuno-métabolique est importante et la robustesse précaire de celui-ci ne permet pas de métaboliser les événements contemporains en raison des carences de ce système qui tente encore de métaboliser les enjeux du développement précoces de la personnalité. Les facteurs de risques ayant été plus importants que les facteurs de résilience, cet état de fait laisse de la fragilité au sein de la personnalité qui ne peut faire face aux aléas de la vie contemporaine, car elle se retrouve encore aux prises avec des situations inachevées ou des enjeux non résolus. Ainsi, les difficultés relationnelles touchant plusieurs sphères de vie chez les participants des deux groupes peuvent découler de carences du système immuno-métabolique et de l'incapacité de la personnalité à se nourrir des relations futures.

Nous pouvons observer des difficultés importantes associées aux sphères amicale, amoureuse et professionnelle chez les participants, et ce, tous groupes confondus. En effet, les deux groupes de participants présentent des difficultés associées à leurs relations amicales, et ce, de façon importante dès l'adolescence, avec 37,5 % (n = 15) des personnes du groupe ayant réalisé une tentative de suicide et 52,6 % (n = 20) des personnes du groupe à multiples tentatives de suicide. De surcroît, ces difficultés relationnelles amicales sont croissantes au cours de la vie pour atteindre jusqu'à 51,7 % (n = 15) des personnes du groupe ayant réalisé une tentative de suicide et 71,4 %

(n = 20) des personnes du groupe à multiples tentatives de suicide pour la période d'âge de 40-49 ans. Aussi, nous constatons que le groupe de personnes ayant de multiples tentatives de suicide présente significativement plus de difficultés amicales, avec un taux de 62,2 % (n = 23), que le groupe de personnes ayant réalisé une tentative de suicide, avec un taux de 34,3 % (n = 12), pour la période d'âge de 20 à 29 ans ($p < 0,05$). Donc, cette présence plus importante de difficultés relationnelles de nature amicale, pour les participants ayant réalisé de multiples tentatives de suicide, pourrait possiblement indiquer la présence de troubles de santé mentale ou, minimalement, des enjeux d'attachement impliquant un manque d'habiletés relationnelles et/ou de régulation émotionnelle.

Aussi, nous pouvons observer des difficultés relationnelles importantes dans la sphère amoureuse dès l'adolescence et qui augmentent légèrement dans la vingtaine pour se stabiliser par la suite avec un taux moyen d'environ 30 % dans chacun des groupes. La littérature démontre que les enjeux d'attachement se répercutent aussi sur les relations amoureuses (Hazan & Shaver, 1987; Kobak & Sceery, 1988). Les personnes présentant un attachement de type insécure connaîtraient des fluctuations dans les relations, des ruptures plus fréquentes et diverses difficultés. Ceci s'expliquerait par des craintes de l'intimité et des fluctuations émotionnelles importantes (Hazan & Shaver, 1987).

Puis, pour les difficultés dans la sphère professionnelle, nous constatons qu'elles sont aussi importantes dès la vingtaine pour augmenter dans la trentaine et se stabiliser dans la quarantaine, pour le groupe de participants ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus, avec un taux moyen de 30 %. Toutefois, le groupe de participants ayant réalisé une seule tentative de suicide présente un taux stable de difficultés dans cette sphère pour la vingtaine et la trentaine et une augmentation

importante, dans la quarantaine, atteignant 62,10 %. D'une part, ces données pourraient s'expliquer par le fait qu'il y a plus de personnes du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide qui a un emploi augmentant la possibilité de rencontrer des difficultés professionnelles. D'autre part, ces données pourraient aussi s'expliquer par la présence d'enjeux d'attachement. Des résultats d'études obtenus par Hazan et Shaver (1990) ont démontré que le style d'attachement se répercutait aussi sur la sphère professionnelle. Les personnes avec un style d'attachement insécure seraient plus préoccupées par leurs relations avec leurs collègues, interférant ainsi avec leur productivité au travail et leur sentiment de compétence, mais aussi en surinvestissant dans la sphère professionnelle au détriment des relations sociales personnelles qui sont évitées.

Ces divers résultats au sujet de difficultés relationnelles touchant diverses sphères de vie peuvent suggérer la poursuite d'une trajectoire de difficultés qui s'est développée suite à un cumul de vulnérabilités et de prédispositions depuis l'enfance. Ainsi, il apparaît que les adversités vécues durant l'enfance favorisent le développement d'un terrain fertile de difficultés, comme en témoigne la présence de psychopathologie, et que cette interaction se répercute au fil du temps sur les diverses sphères de vie, d'où la présence d'un cumul de difficultés et d'événements de vie. Aussi, la répétition de ces patterns relationnels et le cumul de difficultés pourraient renforcer des déficits relationnels et, conséquemment, augmenter une vulnérabilité, déjà présente, la rendant plus rigide et plus stable dans le temps et, donc, la perpétuer. Ceci contribuerait à une présence accentuée d'événements de vie. Par exemple, selon les données obtenues, un plus grand nombre de personnes du groupe ayant réalisé une tentative de suicide rencontrent des difficultés professionnelles ($n = 18$; 62,1 %), comparativement aux personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus ($n = 8$; 28,6 %), pour la période de 40-49 ans. Cette différence s'est avérée statistiquement significative. Ainsi, tel que nous l'avons élaboré jusqu'à présent, il est possible que ces participants présentent

une vulnérabilité, depuis l'enfance, qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte et qui indique divers déficits, contribuant à maintenir une vulnérabilité et, conséquemment, un cumul d'événements de vie et d'adversité. Toutefois, nous pouvons observer que ce sont les participants du groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide qui rencontrent le plus de difficultés pour les sphères amoureuse et professionnelle, ce qui est contraire aux hypothèses initiales. D'une part, nous pouvons nous demander si les participants du groupe à multiples tentatives de suicide vivent moins d'événements dans la sphère amoureuse, en raison des déficits et de la vulnérabilité plus importants. D'autre part, il est aussi possible que ces personnes investissent moins dans leurs relations amoureuses ou qu'elles ont vécu des difficultés dans leurs relations amoureuses qui ont renforcé une vulnérabilité présente les amenant à éviter les relations amoureuses. Dans le même sens, selon les résultats obtenus pour la sphère amoureuse pour la période 50-59 ans, nous observons que 35 % (n = 7) des participants du groupe ayant réalisé une tentative de suicide rencontrent des difficultés amoureuses comparativement à 5,9 % (n = 1) des participants pour le groupe à multiples tentatives de suicide. Encore une fois, ces résultats sont contraires à notre hypothèse. Nous pouvons à nouveau nous questionner à savoir si le cumul d'adversités a mené à rencontrer de telles difficultés ou si la présence de ces difficultés a mené à renforcer une prédisposition déjà présente. Il est possible que les personnes du groupe à multiples tentatives de suicide éprouvent plus de difficultés de fonctionnement, ce qui les amènent à moins s'investir dans la sphère professionnelle et à maintenir leur difficulté de fonctionnement. Ceci pourrait expliquer pourquoi les résultats sont contraires à notre hypothèse. De plus, au moment de la collecte de données, nous pouvons constater que plus de personnes avaient un emploi actif pour le groupe ayant réalisé une seule tentative de suicide (n = 20) comparativement au groupe à multiples tentatives de suicide (n = 13).

4.3 Mécanismes sous-jacents qui expliquent la relation entre l'attachement et la psychopathologie: compétences émotionnelles et compétences sociales

Selon le modèle étiologique développemental présenté (Turecki & Brent, 2016), il a été expliqué que le cumul et l'interaction de nombreuses variables contribuent au développement de comportements suicidaires menant ainsi à diverses trajectoires de vie possibles. Malgré la complexité du phénomène, dans cet essai, nous sommes tentés de discuter la contribution possible du style d'attachement aux résultats obtenus. En effet, la variable de l'attachement est ciblée comme étant une variable importante en début de vie et qui peut moduler la trajectoire de vie subséquente en raison des conséquences importantes sur le fonctionnement ultérieur, tout particulièrement au niveau relationnel (Bowlby, 1969/1982; 1973; 1990).

Selon les diverses études qui seront présentées, deux mécanismes sous-jacents à la relation entre l'attachement et la psychopathologie sont identifiés. Ces deux mécanismes réfèrent aux compétences émotionnelles, soit des difficultés de régulation émotionnelle, et des compétences sociales, soit un manque d'habiletés sociales.

Davila et Beck (2002) se sont intéressés aux diverses compétences sociales/relationnelles, ainsi qu'émotionnelles, qui sous-tendaient l'association significative entre l'attachement insécuré et les difficultés interpersonnelles retrouvées chez des personnes souffrant d'anxiété sociale. Au total, six facettes associées à des compétences sociales ont été explorées et cinq d'entre elles se sont avérées significatives : l'évitement de l'expression émotionnelle, le désir d'éviter les conflits, l'évitement des conflits actuels, l'absence d'affirmation et la peur du rejet. La seule facette non significativement associée était la contre-dépendance envers autrui, soit une surdépendance envers autrui.

Puis, Nielsen, Lønfeldt, Wolitzky-Taylor, Hageman, Vangkilde et Daniel (2017) ont réalisé une étude incluant 147 participants, dont 90 participants diagnostiqués avec un trouble anxieux et 57 participants ne souffrant pas de troubles anxieux. Les auteurs ont voulu vérifier si la dysrégulation émotionnelle est médiatrice entre l'attachement insécuré et les symptômes anxieux. Les auteurs ont trouvé que la dysrégulation émotionnelle avait un potentiel de rôle médiateur entre l'attachement insécuré et les symptômes anxieux. Toutefois, cette association s'est avérée significative seulement pour l'attachement de type anxieux et non pour celui de type évitant. Conséquemment, les auteurs concluent que l'attachement anxieux contribue à la dysrégulation émotionnelle et au développement et au maintien des troubles anxieux. Afin de mieux comprendre pourquoi l'attachement de type évitant s'est avéré non significativement associé aux troubles anxieux, les auteurs mentionnent que d'autres études ont identifié qu'ils sont plutôt associés aux troubles externalisés. Ceci pourrait être attribuable au fait que les personnes avec un attachement de type évitant utilisent plutôt des stratégies de désactivation alors que les personnes avec un style d'attachement anxieux ont recours à des stratégies d'hyperactivation, les prédisposant ainsi au développement des troubles anxieux.

Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn et Beer (2006) se sont intéressés au potentiel médiateur du style d'attachement entre l'adversité à l'enfance (la négligence, l'abus physique ou l'abus sexuel) et la présence de troubles anxieux ou de dépression à l'âge adulte. Les auteurs (Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn & Beer, 2006) ont observé que les styles d'attachement craintif et distant-colérique médiaient partiellement la relation entre l'adversité à l'enfance et la présence d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux à l'âge adulte. Les auteurs (Bifulco, Kwon, Jacobs, Moran, Bunn & Beer, 2006) expliquent les résultats en rappelant que les personnes exhibant un style d'attachement évitant-craintif ont un grand besoin d'approbation et tentent d'éviter la

désapprobation, les prédisposant à l'anxiété sociale. Les enfants qui se retrouvent exposés à des parents qui démontrent de l'hostilité, qui sont critiques, restrictifs, coercitifs ou qui offrent peu d'encouragement au sujet du développement de compétences, deviennent des personnes craintives, car les rencontres sociales se solderont par une dévaluation relationnelle, d'où le développement de l'anxiété sociale. Ainsi, dans un tel contexte relationnel, l'enfant ne peut pas développer des compétences sociales/relationnelles adéquates pour ses relations futures.

Bekker et Croon (2010) ont réalisé une étude afin de mieux comprendre comment les styles d'attachement et le concept d'autonomie-intimité sont associés à la dépression et à l'anxiété. Le concept d'autonomie-intimité est défini comme le besoin et la capacité à l'autosuffisance et l'indépendance, mais aussi à l'intimité et un fonctionnement satisfaisant dans des relations intimes. Ainsi, trois éléments composeraient ce concept : la connaissance de soi, la sensibilité aux autres et la capacité à gérer de nouvelles situations. Les résultats obtenus ont mené les auteurs à conclure que l'autonomie (la faible autonomie) et l'attachement insécurité contribuent à la présence de dépression et d'anxiété. Les corrélations réalisées allaient dans le sens des hypothèses des auteurs, soit que plus les personnes ont un attachement anxieux et évitant, plus elles sont sensibles aux autres, moins elles se connaissent et moins elles réussissent à gérer de nouvelles situations et plus la dépression et l'anxiété sont importantes. Il est à noter que la sensibilité aux autres était corrélée négativement avec l'attachement évitant et positivement avec l'attachement anxieux. Ceci permet de croire que les stratégies utilisées par les personnes présentant un attachement insécurité varient : s'accrocher aux autres versus se détacher, puis, trop sensible ou peu sensible aux besoins des autres.

Marganska, Gallagher et Miranda (2013) ont exploré le rôle de la régulation émotionnelle comme facteur médiateur expliquant la relation entre le style d'attachement adulte et les symptômes de

dépression et de trouble d'anxiété généralisée. Ils ont identifié le même domaine difficile de régulation émotionnelle pour les personnes présentant de symptômes dépressifs et un trouble d'anxiété généralisée, soit le partage de la croyance que la personne a un accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle efficaces. Quant au style d'attachement évitant-distant, un domaine de régulation émotionnelle se trouvait associé, soit la non-acceptation des émotions. Ceci pourrait nous indiquer l'importance d'apprendre des stratégies de régulation émotionnelle.

En résumé, les mécanismes sous-jacents évoqués, dans les études précédentes, reflètent bien les stratégies d'hyperactivation et de désactivation, comme l'expliquent Mikulincer, Shaver et Pereg (2003). Ces derniers ont tenté de comprendre le lien entre le style d'attachement et la régulation émotionnelle. Ce qu'ils proposent abonde dans le même sens que Bowlby (1969/1982; 1973; 1980). La disponibilité de la figure d'attachement pour répondre aux besoins affectifs durant l'enfance mène à une organisation mentale stable de sa valeur personnelle et de ce qui peut être attendu des autres. De là, il en découle des croyances qui entraînent des conséquences sur les apprentissages de compétences de régulation émotionnelle et de fonctionnement interpersonnel. Effectivement, les stratégies d'hyperactivation, présentant une dimension anxieuse du style d'attachement, mènent à une vigilance pour minimiser la distance avec l'autre, donc un déploiement d'efforts pour être proche des autres, voire s'accrocher, puisque les autres représentent une source de protection alors qu'ils se perçoivent comme incompetent pour se réguler, s'apaiser. Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) ont mentionné que les enfants, appartenant à la catégorie de l'attachement de type anxieux, sont des enfants qui pleurent beaucoup et qui démontrent plus d'anxiété de séparation, en réagissant fortement aux départs de la mère. En effet, ces enfants auraient un seuil de déclenchement du système d'attachement très bas et engendrant des réactions très intenses. Il semblerait que ces enfants ont moins confiance que leur mère sera accessible et

disponible lorsqu'ils auront besoin d'elle, les empêchant ainsi d'explorer leur environnement, puisque la mère n'est pas considérée comme une base sécurisante. Il est aussi observé que les mères de ces enfants sont moins sensibles envers les cris, les signaux (manifestations ou comportements), la communication et le synchronisme manifestés par leurs enfants, sans toutefois être rejetantes. Ainsi, ces enfants n'expérimentent pas systématiquement un contact physique positif et apaisant. Par exemple, ils peuvent être déposés rapidement alors qu'ils démontrent vouloir rester dans les bras de la mère.

En ce qui concerne les stratégies de désactivation, celles-ci mènent à une inhibition de la recherche de soutien chez autrui et une gestion autonome de sa souffrance. Le but de cette stratégie est de désactiver le système d'attachement, de nier les besoins d'attachement, pour ne pas vivre de la frustration et de la détresse supplémentaire face à la non-disponibilité de la figure d'attachement. Toutefois, ces stratégies mènent à un évitement de l'intimité, du dévoilement et de la dépendance dans des relations proches ainsi qu'à un maximum de distance physique, cognitive, émotionnelle, puis, une indépendance menant à se fier que sur soi. Les stratégies de désactivation sont surtout utilisées par les personnes présentant une dimension évitant à leur style d'attachement insécure. Ainsi, les relations avec autrui sont surutilisées ou sous-utilisées pour la régulation émotionnelle et cela entraîne des difficultés relationnelles. De plus, l'activation du système d'attachement, le seuil de réactivité, interfère avec le fonctionnement global puisque cela nuit aux autres activités qui ne sont pas reliées au système d'attachement. Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) décrivaient les enfants démontrant un attachement évitant, comme des enfants qui vivent une détresse lors des séparations, mais cette détresse est exprimée moins intensément que les autres. Toutefois, ce qui les caractérise est l'évitement qu'ils démontrent lors de la réunion avec le parent. Aussi, les mères de ces enfants démontraient plus de rejet envers ces derniers. Par exemple, elles repoussent l'enfant

lorsque celui-ci démontre l'envie d'un contact physique plus intime. Elles-mêmes considèrent cette proximité physique avec leur enfant comme aversive. De plus, ces mères sont considérées comme plus rigides et compulsives. Conséquemment, ces traits activent l'irritabilité ou la colère lorsque les demandes de l'enfant interrompent leurs activités en cours, mais aussi ils peuvent engendrer des comportements brusques, voire le recours à une force physique de la part de la mère rendant le contact physique aversif et une expérience désagréable pour l'enfant.

4.4 Attachement et comportements suicidaires

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'association entre l'attachement et la tentative de suicide et ils ont conclu que l'attachement insécuré est associé significativement à la tentative de suicide, plus précisément aux styles d'attachement évitant et anxieux (Palitsky et al., 2013; Stepp et al., 2008) ou seulement à celui de style évitant (Grunebaum, Galfalvy, Mortenson, Burke, Oquendo & Mann, 2010; Nagra, Lin & Upthegrove, 2016; Sheftall, Schoppe-Sullivan & Bridge, 2014). Bien que l'attachement n'ait pas été évalué comme variable pour cette étude, il est possible d'évoquer la participation des enjeux d'attachement pour la présence des comportements suicidaires. Il serait pertinent et intéressant de vérifier cette implication du style d'attachement.

4.5 Mécanismes sous-jacents qui expliquent la relation entre l'attachement et les comportements suicidaires : compétences émotionnelles et compétences sociales

Certaines études se sont penchées sur l'exploration et la compréhension des mécanismes sous-jacents pour expliquer les comportements suicidaires, selon la théorie de l'attachement. On peut constater que les mécanismes évoqués précédemment, pour expliquer l'association entre l'attachement et la psychopathologie ou les difficultés relationnelles, soit un manque de

compétences émotionnelles et sociales, se retrouvent aussi dans l'explication de la présence des comportements suicidaires.

Ainsi, Sheftall, Schoppe-Sullivan et Bridge (2014), dans une étude menée auprès d'adolescents, ont précisé que seul l'attachement de type évitant était significatif pour prédire une tentative de suicide. Selon les auteurs, ce résultat fait sens avec le fait que les personnes avec un attachement de type évitant ont tendance à minimiser l'importance des relations interpersonnelles. De plus, elles sont moins susceptibles de dépendre des autres et de dévoiler leur vie affective. Ce style relationnel les prédispose à être plus isolées, à moins chercher du soutien, voire de l'aide professionnelle, augmentant ainsi la vulnérabilité à la tentative de suicide lors de moments difficiles.

Une autre équipe d'auteurs abonde dans le même sens pour leurs conclusions. Nagra, Lin et Upthegrove (2016) se sont intéressés plus particulièrement aux divers styles d'attachement. Ils ont noté que les personnes avec la présence d'un attachement distant étaient associées avec un potentiel suicidaire plus important, soit une tentative de suicide dans le passé. Aucun autre style d'attachement ne s'est trouvé significativement associé avec le potentiel suicidaire. Les auteurs donnent le sens suivant aux résultats obtenus. Ils expliquent que les personnes qui s'automutilent et qui présentent un attachement évitant semblent posséder des représentations internes négatives des autres et une perception négative des autres les amenant à douter que les autres puissent vouloir être avec elles ou leur apporter leur aide. De plus, ils craignent l'intimité et la dépendance. Leurs croyances les amènent à éviter à connecter avec des personnes proches craignant les conséquences associées au fait de dévoiler leurs pensées et leurs émotions. Ces représentations internes peuvent être particulièrement nuisibles lorsque ces personnes vivent des moments difficiles, amenuisant leur capacité, déjà fragilisée, à approcher les autres et demander de l'aide. Cette difficulté à

connecter avec les autres peut les amener à se détacher encore plus, augmentant le sentiment de solitude, ce qui peut accentuer la détresse menant à la tentative de suicide.

Une méfiance envers les autres les a menés à ne pas développer de compétences sociales, soit un évitement de l'intimité, et un manque de régulation émotionnelle, par l'inhibition émotionnelle. Deux groupes de chercheurs ont réalisé des revues de littérature qui corroborent ces difficultés chez les personnes suicidaires.

Avec la réalisation d'une revue de littérature, incluant 52 articles, Zortea, Gray et O'Connor (2019) se sont penchés à approfondir la compréhension de la relation entre l'attachement et les comportements suicidaires en s'intéressant à de possibles facteurs médiateurs ou modérateurs. Les auteurs ont observé qu'un attachement sécuritaire est un facteur de protection alors qu'un attachement insécure serait un facteur de vulnérabilité dans l'habileté à réguler les difficultés relationnelles, et conséquemment, en augmentant le risque suicidaire. Bien qu'un lien notable existe entre l'attachement insécure et les comportements suicidaires, les auteurs constatent que les mécanismes sous-jacents expliquant le développement de cette vulnérabilité ne sont pas définis; toutefois, ils tentent de les expliquer. Ils vont avancer que l'attachement semble agir comme facteur modérateur ou médiateur entre des facteurs de personnalité, les événements de vie négatifs actuels et l'état psychologique qui peuvent mener à des comportements suicidaires. Cette interaction de facteurs reprend ceux qui sont définis dans le modèle proposé par Turecki et Brent (2016). Ainsi, un événement actuel négatif est perçu comme menaçant, ce qui active le système d'attachement par le biais des représentations internes de soi et des autres qui interagissent avec d'autres traits de personnalité, comme diverses stratégies relationnelles et émotionnelles. Cette interaction déclencherait des états psychologiques si les stratégies utilisées échouent ce qui, subséquemment,

pourrait mener à des comportements suicidaires lorsque la personne n'arrive pas à résoudre de façon satisfaisante l'événement négatif de départ.

Dans le même ordre d'idées, Wrath et Adams (2019) ont réalisé une revue de littérature afin de mieux comprendre les mécanismes que semblent partager l'attachement insécurité adulte et les comportements suicidaires. Au total, huit études ont permis d'explorer la relation entre l'attachement et la tentative de suicide, dont six d'entre elles ont trouvé une association significative. Plus spécifiquement, deux études ont révélé une association positive avec l'attachement anxieux, une étude a relevé une association positive avec l'attachement évitant et trois études ont permis de constater une association positive avec l'attachement anxieux et l'attachement évitant. Lorsque les auteurs s'attardent aux circonstances entourant la tentative de suicide, ils constatent que l'attachement de type évitant est associé avec l'intentionnalité suicidaire (laisser une note, choisir un moyen ne permettant pas une interruption du geste, n'a pas avisé quelqu'un avant sa tentative de suicide, etc.) et l'attachement de type anxieux est associé avec la létalité du geste. De plus, lorsque les auteurs se sont intéressés aux tentatives de suicide considérées médicalement sérieuses ou non, ils ont constaté que les participants ayant réalisé une tentative de suicide considérée médicalement sérieuse démontraient une sévérité plus importante d'un attachement de type anxieux. Les auteurs tentent d'expliquer ces constats en émettant l'hypothèse que les personnes ayant un style d'attachement combinant les types évitant et anxieux, soit les styles d'attachement désorganisé-désorienté, sont à plus grand risque de tentative de suicide et possiblement d'avoir recours à des moyens plus létaux. Le style d'attachement désorganisé-désorienté se créerait dans un contexte où la figure d'attachement adopterait des comportements terrifiants ou serait elle-même en grande détresse, voire abusive (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Conséquemment, ces personnes présenteraient un manque de compétences associées à la régulation

émotionnelle et aux habiletés sociales/relationnelles plus importantes, et ce, en raison du contexte abusif et maltraitant subi durant l'enfance.

En conclusion, lorsque nous comparons les deux groupes de participants étudiés, il semble que ceux-ci partagent plus de similitudes que de différences. En effet, les participants des deux groupes présentent une adversité durant l'enfance qui est comparable, les fragilisant et les prédisposant à une vulnérabilité au cours de leur développement. De plus, les événements de vie survenus au cours de leur vie adulte sont plutôt similaires. Seulement des événements de vie associés à certaines sphères spécifiques, lors de périodes d'âge précises, sont différents pour les participants des deux groupes. Ainsi, les participants des deux groupes semblent avoir des trajectoires de vie plutôt similaires. Toutefois, ils se distinguent par la présence de psychopathologie qui est plus importante pour les participants du groupe à multiples tentatives de suicide. Ceci nous permet d'avancer l'hypothèse que, malgré la présence de difficultés similaires au cours de leur vie, les participants du groupe à multiples tentatives de suicide pourraient connaître des répercussions plus importantes de ces difficultés, comme le témoignerait la présence de troubles de santé mentale. Il est possible de croire que le rôle de la psychopathologie puisse impliquer la présence d'autres variables non mesurées dans cet essai doctoral. Par exemple, nous avons évoqué la possibilité que la présence de déficits en matière de compétences émotionnelles et sociales puisse amener ces personnes à moins rechercher le soutien social et à utiliser des stratégies de régulation émotionnelle moins efficaces, lorsque des difficultés sont vécues, contribuant ainsi à la détresse et au risque suicidaire.

LIMITES ET FORCES

Plusieurs limites sont associées à cette étude. Tout d'abord, notons que ce projet en est un avec un devis corrélational, incluant plusieurs mesures tout au long de la vie, permettant d'explorer des relations d'association entre des variables, mais ne permettant pas d'établir des relations causales entre les variables. De plus, le petit nombre de participants, dans les deux groupes, limite la généralisation des résultats. Deuxièmement, les échantillons des deux groupes, étant modestes, peuvent limiter l'identification des différences entre les groupes. Finalement, ce projet s'intéresse à la tentative de suicide et, plus précisément, à la récurrence des tentatives de suicide. Les participants inclus dans cette étude ont réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide au moment de la collecte de données. Toutefois, nous ne pouvons pas connaître la suite des événements qui surviendront dans leur vie. De plus, nous ignorons si ces personnes réaliseront d'autres tentatives de suicide ou si, éventuellement, elles décéderont par suicide. Ainsi, il est possible que, si nous réalisons une autre étude avec ces participants, lors d'une autre période de leur vie, ils puissent alors ne pas se retrouver dans le même groupe auquel ils appartiennent maintenant. Conséquemment, ces changements éventuels possibles peuvent entraîner un biais sur l'analyse que nous effectuons à ce moment de leur vie, car l'appartenance au groupe actuel pourrait différer. Bien que cet essai doctoral porte sur les facteurs de risque associés à la récurrence suicidaire, il y a possiblement des facteurs de protection qui jouent aussi un rôle et qui interagissent avec les facteurs de risque recensés pour expliquer cette problématique. Toutefois, ces variables n'ont pas été incluses ni examinées, mais il serait intéressant de les étudier et de comprendre leur apport.

Certaines forces sont aussi associées à ce projet. Tout d'abord, ce projet s'est intéressé aux différences, quant aux facteurs de risque, entre ceux qui réalisent une tentative de suicide et plusieurs tentatives de suicide, ce qui a été peu étudié. De plus, le recours à des données sur

l'histoire développementale apporte une richesse d'informations quant à la survenue d'événements au cours de la vie.

CONCLUSION

Malgré l'avancement des données sur la compréhension de ce qui mène à une tentative de suicide, le phénomène demeure un enjeu complexe de taille.

Ainsi, cet essai s'est intéressé aux facteurs de risque pour distinguer les personnes ayant réalisé une tentative de suicide et les personnes ayant réalisé deux tentatives de suicide ou plus. Pour ce faire, des données portant sur la psychopathologie, l'adversité vécue dans l'enfance et des événements de vie survenus au cours de la vie ont été comparés entre les deux groupes.

En résumé, il a été noté que les deux groupes différaient sur certaines variables. Toutefois, les deux groupes présentent des difficultés très importantes. Ainsi, les personnes ayant réalisé de multiples tentatives de suicide présentent certaines différences en matière de troubles de santé mentale comparativement aux personnes ayant réalisé une seule tentative de suicide : un nombre moyen supérieur de diagnostics de troubles de santé mentale, davantage de troubles de l'humeur et de troubles associés à l'alcool et aux substances, des troubles de la personnalité plus fréquents, en particulier pour le groupe A, selon le DSM-IV (APA, 2000). Malgré cela, les deux groupes présentent de l'adversité importante et similaire à l'enfance ainsi que des événements de vie de nature relationnelle, touchant diverses sphères de la vie (amicale, amoureuse et professionnelle) à l'âge adulte.

Malgré qu'il existe un consensus dans la littérature à l'effet que de nombreux facteurs, autant individuels que sociaux, interagissent et contribuent à la souffrance menant aux tentatives de suicide, comme démontré dans le modèle étiologique présenté (Turecki & Brent, 2016), cet essai a tenté de mettre en lumière les possibles enjeux d'attachement contribuant à la problématique de

la tentative de suicide. À partir des résultats obtenus, il a été évoqué comment les difficultés présentes pourraient interagir avec l'attachement et, ainsi, moduler la trajectoire suicidaire, plus spécifiquement, au niveau du développement de la personnalité et de certains mécanismes touchant les relations et la recherche de soutien lors de difficultés, comme les habiletés sociales et la régulation émotionnelle.

À partir des données obtenues et discutées, il semble pertinent de suggérer diverses pistes d'intervention qui pourraient être intégrées pour la prévention du suicide. Tout d'abord, plusieurs interventions pourraient être offertes, et ce, au cours de la vie. Ainsi, il pourrait être utile d'offrir des programmes universels pour les nouveaux parents afin de les soutenir dans le développement d'un attachement sécuritaire avec leurs enfants. De plus, il pourrait être pertinent d'intégrer dans le cursus scolaire, autant au niveau primaire que secondaire, divers programmes afin d'outiller les enfants et les adolescents dans l'acquisition d'habiletés sociales et de stratégies de régulation émotionnelle. Puis, à l'âge adulte, il serait souhaitable que les intervenants du milieu de la prévention du suicide, mais aussi dans la relation d'aide en général, portent une attention à l'amélioration des compétences émotionnelles et sociales afin de favoriser un fonctionnement relationnel optimal, une meilleure adaptation lors de la survenue d'événements de vie et, aussi, une capacité accrue à demander de l'aide, et ce, principalement pour les personnes suicidaires qu'on a du mal à joindre en raison d'un style d'attachement évitant. Finalement, l'évaluation du risque suicidaire, se basant sur les facteurs de risque connus dans la littérature, pourrait être bonifiée par d'autres variables pouvant impacter le risque suicidaire, soit l'évaluation des styles relationnels et des croyances associées aux représentations internes de soi et des autres.

À la lumière de cet essai, il apparaît pertinent que de futures recherches s'intéressant à la problématique des tentatives de suicide puissent inclure des variables sur l'attachement et les mécanismes sous-jacents évoqués, comme les habiletés sociales et la régulation émotionnelle. De plus, il serait utile que des études ultérieures puissent inclure la présence de facteurs de protection. Actuellement, dans les études portant sur les facteurs de risque distinguant les personnes ayant réalisé une tentative de suicide et celles ayant réalisé de multiples tentatives de suicide, telles que résumées précédemment, seulement une d'entre elles a inclus des facteurs de protection. Toutefois, la définition d'un facteur de protection se doit d'être définie. Comme le souligne Rutter (1985), le facteur de protection se rapporte souvent à la configuration positive ou contraire du facteur de risque. L'étude de Choi et al. (2013) est celle rapportant un facteur de protection afin de distinguer les personnes ayant réalisé plusieurs tentatives de suicide de celles ayant réalisé une seule tentative de suicide. Toutefois, le facteur de protection identifié (être âgé de 45 ans et plus) est la formulation contraire d'un facteur de risque identifié (être jeune, soit un âge moyen de 36 ans). Il apparaît pertinent de mieux comprendre les facteurs protégeant contre les tentatives de suicide afin d'améliorer la compréhension du phénomène. De plus, il serait intéressant que les facteurs de protection mesurés apportent plus d'informations sur le phénomène que seulement la négation ou l'absence d'un facteur de risque.

ANNEXE A : INSTRUMENT DE LA TRAJECTOIRE DE VIE

Instrument de trajectoire de vie

<u>Identification</u>	
<u>Intervieweur</u>	
<u>Date d'entrevue</u>	
<u>Durée de l'entrevue</u>	

Auteurs :

Séguin, Monique, Di Mambro, Mélanie & Chawky, Nadia

Université du Québec en Outaouais

Tous droits réservés

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est strictement interdite sans l'autorisation de ces auteurs.

NOTE : Toutes les variables suivies d'un astérisque (*) indiquent des événements ponctuels dans le temps.

Synthèse des éléments d'adversités

1. ENDROIT ET MILIEU DE RÉSIDENCE	
Vit en famille (parents et enfants dans le même lieu) (parents de S sont responsables du foyer)	RES01
Vit dans deux foyers-tantôt avec un parent, tantôt avec l'autre (S en tant qu'enfant/adolescent ; adulte aussi selon contexte)	RES02
Vit dans un foyer avec un seul parent (avec un autre conjoint) (S en tant qu'enfant/adolescent; adulte aussi selon contexte)	RES03-1
Vit dans un foyer avec un seul parent (sans un autre conjoint) (S en tant qu'enfant/adolescent; adulte aussi selon contexte)	RES03-2
Vit dans un foyer avec un adulte-famille élargie-autre que les parents	RES04
Vit en famille d'accueil	RES05
Vit en centre d'accueil ouvert (centre jeunesse, DPJ : avec permission de sortir) et/ou en foyer de groupe (ex. réadaptation psychiatrique, orphelinat)	RES06-1
Vit en centre d'accueil en milieu intensif	RES06-2
Vit en centre d'accueil en milieu fermé (centre jeunesse, DPJ : sans possibilité de sortir)	RES06-3
Vit en appartement seul ou avec des co-locataires	RES07
Vit en couple	RES08
Vit en résidence/pensionnat/couvent (pour études...)	RES09-1
Vit en institution (psychiatrique...)	RES09-2
Vit seul avec ses enfants (S en tant qu'adulte) (S est chef de famille monoparentale)	RES10
Vit dans un CHSLD (Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée)	RES12

Vit dans appartement pour personnes âgées autonomes (loyer réduit)	RES13
Vit dans appartement pour personnes âgées semi-autonomes (services médicaux sur place)	RES14
Vit avec un(e) aidant(e)/membre de la famille ,(ex. parent âgé qui vit chez ses enfants)	RES16
Prison	RES15
Période de déménagements multiples	RES11
Vit en couple avec son/ses enfants (S est responsable du foyer)	RES17
Période de vie à l'étranger	RES18
Autre	RES88

2. Relation de la petite enfance (S avec ses parents, <u>ses tuteurs ou les personnes administrant les soins (si en centre jeunesse)</u>) / difficultés vécues par S.	
Bien spécifier la relation (ex : AFF06-M pour la relation avec la mère; AFF06-P = père; AFF06-GM= grand-mère; AFF06-GP= grand-père; AFF06-CJ= centre jeunesse, etc.)	
Problèmes de comportement de S sans la présence de diagnostic (opposition, délinquance, fugues, etc.) ; comportements extériorisés/acting-out.	AFF01
Problèmes de santé physique de S : (handicaps, accident, maladie chronique ou terminale, etc.)	AFF05
Violence physique <u>subie par S</u>	AFF03-1
Abus sexuel <u>subi par S</u> (non-familial)	AFF03-2
Inceste <u>subi par S</u> (intrafamilial : parents de 1 ^{er} et 2 ^e degré)	AFF13
Interactions conflictuelles avec S (entre S et un autre membre de la famille) (argumentations constantes, etc.)	AFF04
Négligence physique ou affective, rejet/abandon, indifférence, manque de chaleur dans la relation parent-enfant ; manque de soutien/de guide/d'encouragement	AFF06
<u>Manque</u> de discipline/supervision-ou <u>trop</u> de discipline/supervision (exigeant).	AFF07
Contradiction ou incohérence dans les règles/directives parentales (imprévisibilité)	AFF14
Présence de violence psychologique- antipathie / bouc émissaire <u>subie par S</u>	AFF08
Secrets (avoir conservé un secret ou avoir été maintenu à l'écart du secret)	AFF09
Climat général de tensions/discordes familiales ; incluant S ou pas; (bris dans la relation, crises, tensions, disputes importantes)	AFF10
Renversement des rôles	AFF20
Distance affective, difficulté/absence de communication sans la présence de tensions/conflits ouverts ; manque d'engagement ou d'échange affectif	AFF22
Violence psychologique <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-1
Violence physique <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-2

Violence sexuelle <u>instiguée par S</u> -envers parents, fratrie et famille élargie	AFF21-3
Séparation (absence parent/fratrie, prison, en centre jeunesse fermé...)	AFF12
Changement dans la fréquence des interactions (divorce, pas assez de contact ou trop de contact, en famille d'accueil, en centre jeunesse...)	AFF15
Séparation /divorce des parents de S	AFF23*
Condition de vie difficile des parents (finances, logement, pauvreté...)	AFF16
Difficulté de santé mentale parent/fratrie (alcool, drogue, dépression...)	AFF11-1
Difficulté de santé physique parent/fratrie (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale...)	AFF11-2
Problèmes légaux parent/fratrie (fraude, arrestation...)	AFF17
Hospitalisation parent/fratrie	AFF18
Présence / Nouveau conjoint dans la vie du parent (présence importante)	AFF19*
Autre (version antérieure (initiale) = AFF13)	AFF88

3. Vie affective–Vie de couple	
Début de relation affective	AM01*
Fin d'une relation affective (séparation, divorce)	AM02*
Difficultés de couple (tensions, ...)	AM03-1
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type psychologique)	AM03-2
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type physique)	AM03-3
Violence conjugale <u>subie par S</u> (de type sexuel)	AM03-4
Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type psychologique)	AM22-1
Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type physique)	AM22-2
Violence conjugale <u>instiguée par S</u> (de type sexuel)	AM22-3
Relation extramaritale de S	AM04
Relation extramaritale du partenaire	AM05
Partenaires multiples (ex. relations ouvertes ; plusieurs relations à la fois)	AM20
Changement d'orientation ou d'identité sexuelle (si difficultés présentes)	AM06
Difficultés associées à des problèmes affectifs (ne jamais trouver de partenaire ; incapable d'en trouver) (version antérieure (initiale) = PE05)	AM07
Difficultés associées à la sexualité (dans un contexte de couple)	AM21
Problème de santé physique du (de la) conjoint(e)	AM12
Problème de santé mentale du (de la) conjoint(e)	AM13
Placement d'un membre du couple	AM14*
Problèmes légaux du (de la) conjoint(e)	AM15
Autre (version antérieure (initiale) = AM07) (déceptions sentimentales, promiscuité sexuelle etc.)	AM88-1

4. GROSSESSES / NAISSANCES	
Difficulté de conception	AM08-1
Infertilité	AM08-2
Grossesse non désirée	AM09-1*
Fausse-couche	AM09-2*
Avortement	AM09-3*
Complications lors de la naissance (inclut naissance prématurée)	AM09-4*
Grossesse difficile / Grossesse à risque (diabète, jumeaux, fertilisation in vitro)	AM19*
Décès périnatal (28 semaines de grossesse à 28 jours de vie)	AM16*
Difficultés d'allaitement	AM17
Sevrage précoce	AM18*
S donne son enfant en adoption	AM10*
Naissance/adoption d'un enfant	AM11*
Autre (version antérieure (initiale) = AM12)	AM88-2

5. VIE FAMILIALE	
ÉDUCATION/RELATION ENTRE S ET SES ENFANTS	
Problèmes de comportement de l'enfant (opposition, délinquance, fugues, etc.)	EDU01
Problèmes psychiatriques de l'enfant (hyperactivité, dépression, anxiété, mutilation, abus de substance, problèmes alimentaires, etc.)	EDU02
Violence psychologique subie par l'enfant (<u>instigateur autre que S</u>)	EDU03-1
Violence physique subie par l'enfant (<u>instigateur autre que S</u>)	EDU03-2
Violence sexuelle subie par l'enfant (<u>instigateur autre que S</u>)	EDU03-3
Violence psychologique subie par l'enfant (<u>S est l'instigateur</u>)	EDU19-1
Violence physique subie par l'enfant (<u>S est l'instigateur</u>)	EDU19-2
Violence sexuelle subie par l'enfant (<u>S est l'instigateur</u>)	EDU19-3
Interactions conflictuelles avec l'enfant (argumentations constantes, tensions, difficultés à communiquer, rejet des enfants etc.)	EDU04
Problème de santé physique (handicaps, accident, maladie chronique, maladie terminale, etc.)	EDU05
Hospitalisation de l'enfant de S	EDU08
Difficultés scolaires de l'enfant	EDU06
Problèmes légaux de l'enfant	EDU18
Séparation d'avec l'enfant (maladie, etc.)	EDU07-1
Changement dans la fréquence de l'interaction avec l'enfant (déménagement avec autre parent, etc.)	EDU07-2
Perte des enfants : retrait des enfants du milieu familiale par les autorités (DPJ)	EDU07-3*
Maltraitance émanant des enfants (violence verbale ou physique, chantage émotif ou violence physique/verbale pour soutirer argent)	EDU15

Autre (version antérieure (initiale) = EDU08)	EDU88-1
RELATION ENTRE ADULTES (AU SUJET DE L'ÉDUCATION DES ENFANTS)	
Conflits / Difficultés au sujet de l'éducation de ses enfants	EDU17
Autre	EDU88-3
FAMILLE ÉLARGIE (2^E-3^E DEGRÉ) – FAMILLE RECOMPOSÉE	
Augmentation ou diminution dans les interactions (pas assez de contact ou trop de contact)	EDU09
Difficultés relationnelles (bris de la relation, crises, tensions, disputes importantes)	EDU10
Difficulté de santé mentale d'un membre de la famille (comportement antisocial, abus de substance, etc.)	EDU11
Difficulté de santé d'un membre de la famille-accident-maladie physique	EDU12
Hospitalisation d'un membre de la famille	EDU16
Problèmes légaux	EDU13
Séparation ou divorce d'un membre de la famille élargie	EDU14*
Autre (version antérieure (initiale) = EDU15)	EDU88-2

6. ÉPISODES DE DIFFICULTÉS PERSONNELLES- DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE	
Accidents sérieux (accident grave, etc.)	PE01*
Problème de santé physique / Maladie de S	PE02
Problème de santé mentale de S – AXE I (tout âge)	PE03-1
Problème de santé mentale de S – AXE II (Trouble de la personnalité) (tout âge)	PE03-2
Problèmes psychiatriques de l’Axe II de S sans la présence de diagnostic (présence de traits de personnalité cliniquement significatifs et ayant un impact sur le fonctionnement ou sous-seuil diagnostique) (tout âge)	PE03-3
Épisode de détresse ; difficultés psychologique de S, sans la présence de diagnostic (hyperactivité, dépression, anxiété, problèmes alimentaires, etc.) ; comportements intériorisés (tout âge)	PE11
Abus physique sur S (adulte)	PE09
Abus sexuel sur S (adulte)	PE10
Tentative de suicide de S (tout âge)	PE04-1*
Gestes d’automutilations sans intentions suicidaires (self-harm)	PE04-2
Abus/dépendance (alcool, drogue...) (tout âge) Changement nom de variable mais réfère au même contenu (dx alcool et drogues) (version antérieure (initiale) = conséquences associées à la consommation d’alcool et de drogues-période de désintoxication, etc.)	PE06
Période d'hospitalisation psychiatrique	PE07-1
Période d'hospitalisation pour des problèmes physiques ; (opérations, etc.)	PE07-2
Autre (version antérieure (initiale) = PE08)	PE88

** code PE05 est éliminé car correspond à la variable actuelle AM07

7. JEU PATHOLOGIQUE (VÉCU PAR S)	
Début du jeu par S (et circonstances qui ont amenées S à jouer)	JEU01*
Fin du jeu par S	JEU02*
Arrêt du jeu par S durant une période donnée (indiquer l'âge de S durant ce temps d'arrêt)	JEU03
Présence d'une ou de plusieurs autres abus/dépendances (alcool, drogue, etc.) durant la période de jeu pathologique (indiquer l'âge et l'abus/dépendance)	JEU04
Antécédents familiaux de jeu pathologique (indiquer le lien unissant S à cette personne et l'âge de S lorsque cette personne avait son problème de jeu)	JEU05
Recherche d'aide spécifique au problème de jeu (G.A., site Internet, services d'aide téléphonique...) (indiquer la ressource consultée et pour chacune l'âge de S)	JEU06
Offenses criminelles commises par S dans le but de pouvoir jouer (vol d'argent, fraude...) (indiquer l'offense et pour chacune l'âge de S)	JEU07
Type(s) de jeu (casino, vidéo poker...) (indiquer le type de jeu et pour chacun l'âge de S)	JEU08
Accumulation de dettes (indiquer l'âge de S)	JEU09
Emprunt d'argent (indiquer à qui S empruntait de l'argent et l'âge de S à cette période)	JEU10
Mensonges aux autres pour pouvoir jouer (indiquer l'âge de S)	JEU11
Autre	JEU88

8. VIE ACADÉMIQUE	
Difficultés d'apprentissage-problèmes scolaires	ACA01
Difficultés associées au contexte social de l'école (victime d'intimidation, etc.)	ACA02
Difficultés de <u>comportements en milieu scolaire; envers autrui</u> (intimidation- vandalisme, mise à la porte d'un établissement, etc.)	ACA03
Difficultés associées à la <u>performance scolaire</u> (Échecs académiques dans une matière, refus d'admission dans un programme d'étude, mis à la porte d'un établissement d'enseignement, retard scolaire dans une matière, doubler une année, etc.)	ACA04
Cheminement particulier	ACA08
Changement fréquent de programme (cégep et université)	ACA09
Période de manque de motivation scolaire	ACA10
Abandon scolaire / Décrochage scolaire	ACA11*
Autre (version antérieure (initiale) = ACA08)	ACA88

** code ACA05 ; ACA06 et ACA07 sont éliminés car correspondent aux variables actuelles PROF01; PROF02 ; PROF03-1; PROF03-2.

9. VIE PROFESSIONNELLE	
Difficulté à trouver du travail (emplois précaires, à la recherche d'emploi, sans emplois réguliers ('jobines') etc.) (version antérieure (initiale) = ACA05)	PROF01
Être sans emploi (arrêt de travail suite à problème de santé mentale ; chômage, invalidité, aide sociale, rentes, etc.)	PROF16
Travail non-relié au domaine d'études ou de spécialisation	PROF05
Changements fréquents d'emploi	PROF06
Conditions de travail difficile – tâche (horaires chargés, lourdeur de la tâche, surqualification ou sous-qualification, complexité de la tâche, etc.) (version antérieure (initiale) = ACA06)	PROF02
Conditions de travail difficile – milieu (milieu physique difficile (e.g., travail dehors, malpropreté, chaleur, mauvaise aération, en contact avec produit chimique/toxique, etc.), manque de ressources (humaines et matérielles)).	PROF07
Relations de travail difficiles avec les collègues (conflits, isolement, différences au niveau des valeurs, manque de collaboration, etc.) (version antérieure (initiale) = ACA07)	PROF03-1
Relations de travail difficiles avec les employeurs (conflits, manque de rétroaction, manque de reconnaissance, manque de confiance, manque de respect, différences au niveau des valeurs, difficulté de promotion) (version antérieure (initiale) = ACA07)	PROF03-2
Perte d'emploi (congédiement, mise à pied...)	PROF04*
Discrimination et âgisme en milieu du travail (être mis au rancart dû à l'âge, ne pas se faire donner des postes de responsabilité, être tourné en dérision par collègues, subir pression pour partir à la retraite, etc.)	PROF08
Harcèlement psychologique	PROF15-1
Harcèlement sexuel	PROF15-2
Facteurs personnels qui provoquent de l'adversité personnelle (implication trop grande, workaholism, bourreau de travail, obsession pour le travail)	PROF09

Relations difficiles avec la clientèle qui provoquent de l'adversité personnelle (demandes exigeantes, charge émotionnelle importante, confrontations, gestion des insatisfactions, etc.)	PROF10
Conflits travail – vie personnelle qui provoquent de l'adversité personnelle (temps exigé par le travail empêche de s'impliquer comme on le voudrait dans notre vie personnelle, pression et stress générés par le travail font qu'une fois à la maison nous sommes trop fatigués pour s'impliquer comme on le voudrait dans notre vie personnelle)	PROF11
Conditions salariales qui provoquent de l'adversité personnelle (rémunération insuffisante, avantages sociaux incomplets, etc.)	PROF12
Manque autonomie professionnelle qui provoque de l'adversité personnelle (pas d'option ou de choix sur comment faire le travail, environnement très directif, agissait à l'encontre de ses valeurs personnelles)	PROF13
Impact qui provoque de l'adversité personnelle (travail / emploi n'avait pas d'impact, inutilité, manque de sens, etc.)	PROF14
Autre (version antérieure (initiale) = ACA08) ; sentiment d'imposeur ; sentiment de manque de compétence/accomplissement/efficacité personnelle	PROF88

10. VIE SOCIALE	
Difficultés à s'engager dans des relations sociales-difficultés à se faire des amis	AMI01
Perte ou séparation d'un ami (baisse d'interaction, départ)	AMI02
Querelles importantes avec un/des ami/s	AMI03
Interactions conflictuelles avec des pairs-rejet du groupe de pair	AMI04
Isolement social	AMI05
Autre (version antérieure (initiale) = AMI06)	AMI88

** La variable AMI06 (appartenance à un groupe) a été supprimée

11. PERTES/SÉPARATIONS/DÉPART	
Autres séparations/bris de relation	PER01
Départ/déménagement (ex. changement de résidence)	PER02-1*
Départ/perte (ex. immigration)	PER02-2*
Perte de l'apparence physique jeune (rides, cheveux gris, etc.)	PER03
Pertes graduelles des capacités cognitives et mnésiques	PER04
Perte d'autonomie physique graduelle (mobilité amoindrie, temps de récupération plus long)	PER05
Difficultés du cycle du sommeil	PER06
Changements dans activités de loisirs (ne plus être capable de faire certaines activités comme par exemple, patiner ou skier) <u>contre sa volonté</u>	PER07
Autres pertes importantes (version antérieure (initiale) = PER03)	PER88

12. Autres Adversités	
LOGEMENT	
Sans domicile fixe	AD01
Éviction	AD02*
Conditions de vie difficile (logement petit, peu de vie privée, difficultés avec les voisins, etc.)	AD03
Difficultés légales associées au logement	AD04
Déménagement à cause d'une perte d'autonomie (quitter son logement pour être placé, ajustement difficile)	AD17*
Perte de maison accidentelle (incendie, catastrophes naturelles, eau, etc.)	AD21*
FINANCES	
Problèmes financiers (importantes dettes, pauvreté, faillite, etc.)	AD05
Perte de gains (vols, perte d'objets de valeurs, etc.)	AD06
DIFFICULTÉS LÉGALES	
Poursuite judiciaire à S (arrestation, prison...)	AD07
Harcèlement commis par S (téléphone anonyme, harcèlement sexuel, etc.)	AD08
Instigateur d'actes criminels (vols, possession ou vente de drogue, fraude, dettes impayées etc.)	AD09
Victime d'acte criminel (attaque, vol à main armée, etc.)	AD10
DÉCÈS	
Membre de la famille immédiate ou personne très proche (spécifiez)	AD11*
Membre de la famille élargie (spécifiez)	AD12*
Amis, collègues	AD13*
Décès par suicide d'un proche (version antérieure (initiale) = AD11, AD12, AD13)	AD20*
Autre (version antérieure (initiale) = AD17)	AD88-1

13. Expériences négatives	
Transition travail/retraite	AD18*
Quitter emploi pour devenir aidant	AD19*
Tentative de suicide d'un proche / tiers	AD14*
Victime ou témoin d'un événement traumatisant	AD15
Relations négatives – déceptions importantes (déceptions relationnelles importantes, déceptions d'expériences de vie importantes, ne jamais réaliser son rêve, relations négatives, etc.)	AD16
Autre (version antérieure (initiale) = AD17)	AD88-2

14. PROTECTION (anciennes variables)	
Réussite importante	PR01
Engagements sociaux qui ont changé la façon de voir la vie	PR02
Voyage mémorable	PR03
Rencontre importante-mentor Relation importante (amis, professeur, gardienne...)	PR04
Nouveau départ	PR05
Enfants/famille (famille immédiate)	PR06
Implication/participation à des activités (sportives, artistiques...)	PR07
Grossesse/naissance/adoption	PR08
Emploi	PR09
Soutien d'un(e) aidant (e)	PR10
Bon réseau de soutien (famille, amis, voisins, groupe) (famille élargie)	PR11
Consultation auprès d'un professionnel ou d'une ressource	PR12
Autres (version antérieure (initiale) = PR09)	PR88

15. RECHERCHE DE SERVICES

***(REEMPLIR UNE FICHE PAR DEMANDE DE SERVICE ET INDIQUER À QUEL TYPE D'ADVERSITÉ LA DEMANDE CORRESPOND)**

NUMÉRO DE DOSSIER : _____ ÂGE/ANNÉE : _____

Demande d'aide effectuée pour (indiquer type d'adversité): _____ Oui Non (pourquoi ?)- raison de non-consultation (pas besoin ou besoin mais services non-disponibles/non-existants, liste d'attente trop longue) NSP	A01 A02 A03
Type de traitement/services Consultation en santé mentale (clinique, bureau privé, psychothérapie, CLSC) Hospitalisation en psychiatrie Consultation à l'urgence psychiatrique/observation Consultation à l'urgence générale Hospitalisation générale (non-psychiatrique) Hébergement en santé mentale/psychosociale (centre jeunesse, centre de crise, maison sans abri, maison des jeunes) Participation gr. d'entraide/soutien (organisme communautaire, hôpital de jour, réinsertion emploi/psychosociale) Consultation scolaire (conseiller, psychologue, etc.) Consultation non-professionnelle (AA, NA, GA. consultation spirituelle) Généraliste (médecin non-attribué; clinique sans rendez-vous) Groupe de médecine familiale / Clinique santé (médecin de famille) Médecine alternative (chiro., acup., homéo.) Lignes d'écoute (centres de crise, Suicide-Action Montréal) Centre de désintoxication-maison de thérapie pour abus/dépendance substances Info-santé ou Info-social PAE Internet DPJ Autres (version antérieure (initiale) = T11) NSP (version antérieure (initiale) = T12)	T01 T02 T03 T15 T17 T04 T05 T06 T07 T08 T16 T09 T10 T11 T12 T13 T14 T18 T88 T99
Prise de médication Début de la prise de médication Fin de la prise de médication Antidépresseurs Antipsychotiques Anxiolytiques et somnifères Autres psychotropes Autres Conséquences perçues de la prise des médicaments (précisez)	_____ _____ M01 M02 M03 M04 M05 MC
Satisfaction du traitement/service Pas du tout satisfait Peu satisfait Modérément satisfait Très satisfait Mitigé NSP (version antérieure (initiale) = S06)	S01 S02 S03 S04 S05 S99
Satisfaction de l'accueil reçu	SAR
Type de professionnel Psychiatre Médecin Psychologue Travailleur Social Infirmière Non professionnel Sage-femme Psychoéducateur Professionnel (ex. psychothérapeute, arh, etc.) Autre (version antérieure (initiale) = P07) NSP (version antérieure (initiale) = P08)	P01 P02 P03 P04 P05 P06 P07 P08 P09 P88 P99
Raison de cessation Pas efficace Déménagement Fin du processus Liste d'attente trop longue- perte d'intérêt Conflits avec le/les professionnel/s Actuellement-en cours Autres (version antérieure (initiale) = C06) NSP (version antérieure (initiale) = C07)	C01 C02 C03 C04 C05 C06 C88 C99

RÉFÉRENCES

- Afifi, T.O., Boman, J., Fleisher, W., & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33, 139-147.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New York and London: Psychology Press. Taylor and Francis Group.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Beautrais, A.L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1-9.
- Beautrais, A.L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1-11.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1174-1182.
- Bebbington, P.E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T.S., Jenkins, R., Meltzer, H., & Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender and sexual abuse: Data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1135-1140.
- Beghi, M., Rosenbaum, J.F., Cerri, C., & Cornaggia, C.M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725-1736.
- Bekker, M.H.J., & Croon, M.A. (2010). The role of autonomy-connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(7), 908-923.
- Bentley, K.H., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Fox, K.R., & Nock, M.K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30-46.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neelemam, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.

Berney, L.R., & Blane, D.B. (1997). Collecting retrospective data: accuracy of recall after 50 years judged against historical records. *Social science and medicine*, 45(10), 1519-1525.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., & Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 796-805.

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M.M., Saiz-Gonzalez, M.D., Saiz-Ruiz, J., Oquendo, M.A., & de Leon, J. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 149-155.

Boisseau, C.L., Yen, S., Markowitz, J.C., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Shea, M.T., Zannarini, M.C., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Morey, L.C., & McGlashan, T.H. (2013). Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 238-242.

Borges, G., Nock, M.K., Haro Abad, J.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M.C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Uda, H., Williams, D.R., & Kessler, R.C. (2010). Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-1628.

Borges, G., Bagge, C.L., Cherpitel, C.J., Conner, K.R., Orozco, R. & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47, 949-957.

Borges, G., Walters, E.E., & Kessler, R.C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151(8), 781-789.

Boroujerdi, F.G., Kimiaee, S.A., Yazdi, S.A.A., & Safa, M. (2018). Attachment style and history of childhood abuse in suicide attempters, *Psychiatry Research*, 271, 1-7.

Bostwick, J.M., Pabbati, C., Geske, J., & McKean, A.J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss. Volume I-Attachment*. Second Edition. United States of America: Basic Books, 399 p.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Volume II-Separation, Anxiety and Anger*. United States of America: Basic Books, 437 p.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Volume III-Loss, Sadness and Depression*. United States of America: Basic Books, 462 p.

Brent, D.A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Bridge, J., Ellis, Steve, Salazar, O., & Mann, J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 801-807.

Brewin, C.R., Andrews, B., & Gotlib, I.H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, *113*(1), 82-98.

Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R.E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, *193*, 134-139.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J.W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P.A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *6*, 101-114.

Choi, K.H., Wang, S-M., Yeon, B., Suh, S-Y., Oh, Y., Lee, H-K., Kweon, Y-S., Lee, C.T., & Lee, K-U. (2013). Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Research*, *210*, 957-961.

Christiansen, E., & Jensen, B.F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*, 257-265.

Colborn, V.A., LaCroix, J.M., Neely, L.L., Tucker, J., Perera, K., Daruwala, S.E., Grammer, G., Weaver, J., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2017). Motor impulsivity differentiates between psychiatric inpatients with multiple versus single lifetime suicide attempts. *Psychiatry Research*, *253*, 18-21.

Conner, K.R., Houston, R.J., Swogger, M.T., Conwell, Y., You, S., He, H., Gamble, S.A., Watts, A., & Duberstein, P.R. (2012). Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: Role of event severity, timing, and type. *Drug and Alcohol Dependence*, *120*, 155-161.

Cooper, J., Steeg, S., Webb, R., Stewart, S.L.K., Applegate, E., Hawton, K., Bergen, H., Waters, K., & Kapur, N. (2013). Risk factors associated with repetition of self-harm in black and minority ethnic (BME) groups: A multi-centre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *148*, 435-439.

da Silva Cais, C.F., Stefanello, S., Mauro, M.L.F., de Freitas, G.V.S., & Botega, N.J. (2009). Factors associated with repeated suicide attempts. Preliminary results of the WHO multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis*, *30*, 73-78.

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T. & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS ONE*, *10*(5), e0126870.

Davila, J., & Beck, J.G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, *33*, 427-446.

de Cates, A.N., Rees, K., Jollant, F., Perry, B., Bennett, K., Joyce, K., Leyden, E., Harmer, C., Hawton, K., van Heeringen, K., & Broome, M.R. (2017). Are neurocognitive factors associated with repetition of self-harm? A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 72, 261-277.

Delisle, G. (2002). Les enjeux développementaux dans le traitement des personnalités pathologiques. *La revue québécoise de Gestalt*, 5, 27-39.

Devries, K.M., Mak, J.Y., Child, J.C., Falder, G., Bacchus, L.J., Astbury, J., & Watts, C.H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), e1331-e1344.

Diaconu, G., & Turecki, G. (2007). Panic disorder and suicidality: Is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorders*, 104, 203-209.

Diaconu, G., & Turecki, G. (2009). Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 113, 172-178.

Dohrenwend, B.P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology : toward the resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132(3), 477-495.

Dour, H.J., Cha, C.B., & Nock, M.K. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 294-298.

Dubé, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096.

Ensel, W.M., Peek, K., Lin, N., & Lai, G. (1996). Stress in the life course: a life history approach. *Journal of Aging and Health*, 8(3), 389-416.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Lynskey, M.T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., & Rounsaville, B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.

Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K., & Beck, A.T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 437-443.

Goldston, D., Daniel, S., Reboussin, D.M., Kelley, A., Ievers, C., & Brunstetter, R. (1996). First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient

psychiatry unit, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 631-639.

Goldston, D.B., Daniel, S.S., Reboussin, B.A., Reboussin, D.M., Kelley, A.E., & Frazier, P.H. (1998). Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 924-932.

Goodwin, R.D., Beautrais, A.L., & Fergusson, D.M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research*, 126, 159-165.

Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., Flisher, A.J., Goodman, S., Canino, G., & Shaffer D. (1998) Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 915-923.

Grotpeter, J.K. (2008). Respondent recall. In Scott Menard, eds., *Handbook of longitudinal research. Design, Measurement and Analysis* (pp. 109-121). USA: Elsevier inc.

Grunebaum, M.F., Galfalvy, H.C., Mortenson, L.Y., Burke, A.K., Oquendo, M.A., & Mann, J.J. (2010). Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 123, 123-130.

Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.

Gvion, Y., Levi-Belz, Y., Hadlaczky, G., & Apter, A. (2015). On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 5(3), 255-259.

Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.

Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Harriss, L. (2003). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1494-1500.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.

Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., Yoshizawa, Y., Utsumi, K., Ishikawa, Y., Tokunaga, T., Ishimoto, K., Harima, H., Tatebayashi, Y., Kumagai, N., Nozu, M., Ishii, H., & Okazaki, Y. (2012). Post-hospitalization course and predictive signs of suicidal behavior of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital: a 2-year prospective follow-up study. *BMC Psychiatry*, 12(186), 1-12.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

Henry, B., Moffitt, T.E., Caspi, A., Langley, J., & Silva P.A. (1994). On the “Remembrance of things past”: a longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychological Assessment*, 6(2), 92-101.

Hoertel, N., Franco, S., Wall, M.M., Oquendo, M.A., Kerridge, B.T., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular Psychiatry*, 20, 718-726.

Huang, X., Ribeiro, J.D., Musacchio, K.M., & Franklin, J.C. (2017). Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(7), e0180793.

Husky, M.M., Guignard, R., Beck, F., & Michel, G. (2013). Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *Journal of Affective Disorders*, 151, 1059-1065.

Janson, C-G. (1990). Retrospective data, undesirable behavior, and the longitudinal perspective. In D. Magnusson & L.R. Bergman, eds., *Data quality in longitudinal research* (pp. 100-121). USA: Cambridge Press University.

Joiner, T.E., Fitzpatrick, K.K., Berlim, M.T., Fleck, M.P.A., Conwell, Y., Witte, T.K., Schmidt, N.B., & Rudd, M.D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 291-303.

Joiner, T.E. Jr., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., & Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts : A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 539-547.

Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., Castelnau, D., Malafosse, A., & Courtet, P. (2005). Impaired Decision Making in Suicide Attempters. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 304-310.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 pages.

Kennedy, M.C., Marshall, B.D., Hayashi, K., Nguyen, P., Wood, E., & Kerr, T. (2015). Heavy alcohol use and suicidal behavior among people who use illicit drugs: A cohort study. *Drug and alcohol dependence*, 151, 272-277.

Kerkhof, J.F.M. (2000). Attempted suicide: patterns and trends. In: Hawton, K. van Heeringen, K., eds., 1st edition, *International Handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 49-64), Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.

Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 617-626.

Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, *59*, 135-146.

Langlois, S. & Morrison, P. (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, *13*(2), 99-22.

Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(7), 1063-1068.

Lesage, A., & Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, Institut national de Santé Publique au Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec, Québec, 16 p.

Lin, H., Ensel, W.M., & Lai, W.G. (1997). Construction and use of the life history calendar: reliability and validity of recall data. In: Gotlib, I.H. & Wheaton, B., eds., *Stress and Adversity over the life course. Trajectories and Turning points* (pp. 249-273), USA: Cambridge University Press.

Links, P., Nisenbaum, R., Ambreen, M., Balderson, K., Bergmans, Y., Eynan, R., Harder, H., & Cutcliffe, J. (2012). Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *General Hospital Psychiatry*, *34*(1), 88-97.

Liu, R.T. & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior : a systematic review, *Clinical Psychology Review*, *34*, 181-192.

Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*, 75-79.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from Infancy to Adulthood. Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. In: Cassidy, J., & Shaver, P.R., eds., Third edition, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.667-695), Guilford Publications.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 181-189.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, *83*(1), 131-141.

Mars, B., Heron, J., Klonsky, E.D., Moran, P., O'Connor, R.C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(1), 91-99.

May, A.M., Klonsky, D.E., & Klein, D.N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatry Research*, *46*, 946-952.

Michaelis, B.H., Goldberg, J.F., Singer, T.M., Garno, J.L., Ernst, C.L., & Davis, G.P. (2003). Characteristics of first suicide attempters in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(1), 15-20.

Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, *11*, 11-15.

Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77-102.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2008). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP).

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2016). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP).

Miranda, R., Scott, M., Hicks, R., Wilcox, H.C., Munfakh, J.L.H., & Shaffer, D. (2008). Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(1), 32-40.

Monnin, J., Thiemard, E., Vandel, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., Bellivier, F., Sechter, D., & Haffen, E. (2012). Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *136*, 35-43.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B.J., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, *40*, 899-909.

Nagra, G.S., Lin, A., & Upthegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, *241*, 78-82.

National Institute of Mental Health (Update 2018). Site internet de l'organisme : <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>, Consulté le 30 novembre 2018.

Nielsen, S.K.K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K.B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S.I.F. (2017). Adult attachment style and anxiety-The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders, 218*, 253-259.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C. & Lepine, J-P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys, *British Journal of Psychiatry, 192*, 98-105.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior, *Epidemiological Reviews, 30*, 133-154.

Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A.L. Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C., & Williams, D.R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med, 6*(8), e1000123.

Nock, M.K., Wedig, M.M., Holmberg, E.B., & Hooley, J.M. (2008). The emotion reactivity scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy, 39*, 107-116.

Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., & Scott, J. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 9*(11), e1001349.

O'Connor, R.C., Smyth, R., Ferguson, E., Ryan, C., & Williams, J.M. (2013). Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(6), 1137-1143.

Oldershaw, A., Grima, E., Jollant, F., Richards, C., Simic, M., Taylor, L., & Schmidt, U. (2009). Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychological Medicine, 39*, 95-104.

Organisation mondiale de la Santé (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial.

Orri, M., Galera, C., Turecki, G., Boivin, M., Tremblay, R.E., Geoffroy, M-C., & Côté, S.M. (2019). Pathways of association between childhood irritability and adolescent suicidality. *Journal of the American academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(1), 99-107.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.

Palitsky, D., Mota, N., Afifi, T.O., Downs, A.C., & Sareen, J. (2013). The association between adult attachment style, mental disorders, and suicidality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 579-586.

Perrain, R., Dardennes, R., & Jollant, F. (2021). Risky decision-making in suicide attempters, and the choice of a violent suicidal means: an updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 280, 241-249.

Petronis, K.R., Samuels, J.F., Moscicki, E.K., & Anthony J.C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 193-199.

Perez, N.M., Jennings, W.G., Piquero, A.R., & Baglivio, M.T. (2016). Adverse childhood experiences and suicide attempts: the mediating influence of personality development and problem behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 1527-1545.

Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. & Darvishi, N. (2015). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), e282-e291.

Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Di Vittorio, C., Conwell, Y., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P., & Amore, M. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry Research*, 186, 300-305.

Potvin, P., & Lapointe, J-R. (2010). *Guide de prévention pour les élèves à risque au primaire*, Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ), Québec, 92 p.

Riihimäki, K., Vuorilehto, M., Melartin, T., Haukka, J., & Isometsä, E. (2014). Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. *Psychological Medicine*, 44(2), 291-302.

Rimkeviciene, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 171, 93-104.

Rosenberg, H.J., Jankowski, M.K., Sengupta, A., Wolfe, R.S., Wolford, G.L., & Rosenberg S.D. (2005). Single and multiple suicide attempts and associated health risk factors in New Hampshire adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 547-557.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.

Schmidtke, A. & Löhr, C. (2004). Socio-demographic variables of suicide attempters. In: De Leo, D., Bille-Brahe, A., Kerkhof, A., & Schmidtke, A., eds., *Suicidal Behaviour: theories and research findings* (pp.81-91), Washington, USA, and Göttingen, Lower Saxony, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.

Schneider, B., Maurer, K., Sargk, D., Heiskel, H., Weber, B., Frölich, L., Georgi, K., Fritze, J., & Seidler, A. (2004). Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. *Psychiatry Research, 127*, 121-136.

Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of mental health disorders World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry, 49*, 13-21.

Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide Cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 581-586.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine, 37*, 1575-1583.

Sheftall, A.H., Schoppe-Sullivan, S.J., & Bridge, J.A. (2014). Insecure attachment and suicidal behavior in adolescents. *Crisis, 35*(6), 426-430.

Spitzer, R.L., Williams, J.B., Bibbon, M., & First, M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Part I: History, Rationale and Description, *Archives of General Psychiatry, 49*(8), 624-629.

Stepp, S.D., Morse, J.Q., Yaggi, K.E., Reynolds, S.K., Reed, L.I., & Pilkonis, P.A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 592-607.

Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 117-121.

Tejedor, M.C., Diaz, A., Castellón, J.J., & Pericay, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 205-211.

Tuisku, V., Kiviruusu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., & Martunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults-Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 313-319.

Turecki, G. & Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet, 387*, 1227-1239.

Unger, J.A.M., & De Luca, R.V. (2014). The relationship between childhood physical abuse and adult attachment styles. *Journal of Family Violence, 29*, 223-234.

Wedig, M.M., Silverman, M.H., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M.C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine, 42*(11), 2395-2404.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Lepine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.-U., & Yeh, E.-K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.

Wenzel, A. & Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189-201.

Widom, C.S., Czaja, S.J., Kozakowski, S.S., & Chauhan, P. (2017). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-545.

Wrath, A.J., & Adams, G.C., (2019). Self-injurious behaviors and adult attachment: a review of the literature, *Archives of Suicide Research*, 23(4), 527-550.

Yaseen, Z.S., Chartrand, H., Mojtabai, R., Bolton, J., & Galynker, I.I. (2013). Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid depressive illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *Depression and anxiety*, 30(10), 930-939.

Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., McGlashan, T.H., Sanislow, C.A., Bender, D.S., & Zanarini, M.C. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 99-105.

Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Skodol, A.E., Bender, D.S., Zanarini, M.C., & Gunderson, J.G. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 375-381.

Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, M.T., Skodol, A.E., Grilo, C.M., Edelen, M.O., Stout, R.L., Morey, L.C., Zanarini, M.C., Markowitz, J.C., McGlashan, T.H., Daversa, M.T., & Gunderson, J.G. (2009). Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 222-229.

Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, T., McGlashan, T.H., & Gunderson, J.G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299.

Zahl, D.L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

Zortea, T.C., Gray, C.M., & O'Connor, R. (2019). The relationship between adult attachment and suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, 0, 1-36.