

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE SUICIDE ET LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES CHEZ LES HOMMES ÂGES ENTRE 18 ET 55 ANS : REJET,  
ABANDON ET ÉVÉNEMENTS DE VIE

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
TYNA PAYETTE

31 OCTOBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.01-2006). 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

Quelle aventure exaltante! Cette thèse est l'achèvement d'un très long périple où épreuves personnelles et professionnelles ont été encourues. Toutefois, avec recul, je comprends, que sans quoi, ce cheminement et l'aboutissement n'aurait pas une telle signification pour moi. Plusieurs personnes m'ont apporté aide dans ce parcours tantôt sinueux et elles méritent, minimalement, d'être remerciées.

Je remercie d'abord Monsieur Michel Tousignant, Ph. D, un grand chercheur dans le domaine de la suicidologie. Encore, j'ai peine à croire que je fus sélectionnée comme une de ses étudiantes, quel honneur! Son savoir, son savoir-être et savoir-faire, ainsi que sa façon de transmettre ses acquis, offre toutes les assises nécessaires aux étudiants en devenir. Je suis très reconnaissante pour la confiance que vous avez en moi, particulièrement lorsque moi j'en avais moins. Un sincère merci pour tout ce que vous m'avez transmis, notamment la conscience professionnelle et le désir de me surpasser.

Je voudrais également remercier tout le personnel impliqué au Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil du Centre de Recherche Fernand-Seguin (devenu maintenant le Groupe McGill d'étude sur le suicide qui œuvre à l'Hôpital Douglas). J'ai eu le privilège d'être entourée de généreux professionnels dans le domaine de recherche sur le suicide qui m'ont permis de développer mes habiletés cliniques et en recherche. Un authentique merci.

Aux collègues et chercheurs du Crise, merci pour votre partage d'expertise et vos critiques constructives. C'est un privilège d'avoir été doctorante dans une organisation d'un tel calibre. En plus de quitter avec une panoplie d'expériences, de connaissances et de défis, j'ai également plusieurs amitiés qui perdurent depuis des années.

Je souhaite remercier le Fond pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) ainsi qu'au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) pour leur soutien financier.

La collecte de données de cette thèse fut, en soi, une expérience incomparable, tant aux plans cliniques et recherches, que personnel. Je ne peux passer sous silence mon énorme reconnaissance et gratitude envers tous les participants à cette recherche. C'est grâce à vous, chères familles, que le suicide est un peu plus compris aujourd'hui. Je me permets ainsi de reprendre une phrase que plusieurs d'entre vous ont partagée avec moi lors des entrevues de collecte de données : « au moins le suicide de X n'aura pas été en vain ».

Sylvie, Émilio, François, Marthe, Claire et Richard, mes chers collègues à la CS, mes amis, mon groupe de soutien, merci pour vos précieux commentaires et vos encouragements, tantôt pratiques, tantôt émotifs. Quelque peu dans l'ombre, sachez à quel point vous avez éclairé mon parcours. Je souhaite simplement vous dire à quel point je vous apprécie.

À mes parents, merci pour votre continuel encouragement. La fierté que vous avez à mon égard a été source d'inspiration et de persévérance. Vous avez toujours cru en moi et je vous en remercie. Merci aussi pour votre aide avec les enfants et pour tous les autres petits à côté. Votre contribution est hors pair.

Enfin, à Alexandre, mon époux, mon meilleur ami, mon thérapeute, mon bouc émissaire,... pour ton soutien, ta patience, et pour ton humour, mille mercis. Pour tous les moments où tu t'es, sans doute, senti « monoparental », je ne peux exprimer à quel point je suis reconnaissante. J'ai entrepris cette aventure, qui est le doctorat, et tu étais mon fidèle compagnon sans même savoir combien de temps on partait et où cela nous menait. Je n'aurais fait ce voyage qu'avec toi à mes côtés.

Je dédie ma thèse à mes trois enfants, mes princes Mikka et Noah, et à ma princesse Heidi. Un simple merci pour votre joie de vivre. Dans votre toute jeune innocence, vous m'avez donné le courage de continuer, le désir de réussir et la force de me surpasser. Vous êtes et serez toujours mon éternelle inspiration.

REMERCIEMENTS .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	x
RÉSUMÉ.....	12
INTRODUCTION .....	14
CHAPITRE I .....	17
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	17
1.1 La problématique du suicide.....	17
1.2 Suicide chez les hommes .....	19
1.3 Définir les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives .....	26
1.4 Fréquence de consommation de substance psychoactive .....	30
1.5 Les troubles reliés aux substances psychoactives et le suicide .....	36
1.6 Le risque à vie de mortalité par suicide .....	36
1.6.1 Alcool.....	37
1.6.2 Drogues illicites.....	38
1.6.3 Drogues licites (médicaments) .....	39
1.7 Les psychotropes comme facteur déterminant du décès par suicide .....	39
1.7.1 Alcool.....	40
1.7.2 Drogues .....	41
1.7.3 Médicaments .....	42
1.8 La psychopathologie et le suicide .....	42
1.8.1 Troubles liés à l'utilisation de substances .....	44
1.8.2 Troubles de l'humeur .....	47
1.8.3 Trouble de l'opposition et Trouble de la conduite.....	48
1.8.4 Comorbidité.....	50
1.8.5 Comorbidité : Antécédents à l'adolescence.....	56
1.9 Facteurs de risque associés au suicide chez les hommes avec diagnostic SPA .....	59
1.9.1 Facteurs d'adversité durant l'enfance.....	61
1.9.2 Rejet et abandon .....	63
1.9.3 Pertes récentes .....	63
1.9.4 Les facteurs déclencheurs.....	65
1.10 Synthèse.....	67
1.11 Hypothèses.....	69
1.12 Pertinence et retombés de l'étude.....	72
CHAPITRE II .....	73
MÉTHODE.....	73
2.1 L'autopsie psychologique.....	73

2.2 Recrutement d'une série de cas consécutif.....	77
2.3 Répondants .....	79
2.4 Groupe de suicide.....	80
2.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	81
2.4.2 Groupe sans diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive.....	81
2.4.3 Groupe avec diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance.....	81
2.4.4 Neuf cas litigieux au sein du groupe SPA.....	83
2.5 Cas à l'étude.....	85
2.5.1 Données descriptives du groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive.....	87
2.6 Instruments de recherche.....	89
2.6.1 SCID-I et SCID-II.....	90
2.6.2 Profil des difficultés reliées à la consommation.....	92
2.6.3 CECA.....	93
2.6.4 LEDS.....	98
2.6.5 Consommation problématique des parents.....	103
2.6.6 Rapport du coroner.....	104
2.7 Procédure de collecte de données.....	105
2.8 Analyses .....	106
2.9 Considérations éthiques.....	107
CHAPITRE III.....	109
RÉSULTATS.....	109
3.1 Caractéristiques des diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substance.....	109
3.1.1 Sous groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool.....	110
3.1.2 Sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues.....	111
3.1.3 Sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool.....	111
3.1.4 Durée.....	113
3.1.5 Nature de la substance.....	114
3.1.6 Consommation problématique des parents.....	115
3.1.7 Profil des difficultés reliées à la consommation.....	116
3.2 Comorbidité psychiatrique.....	118
3.2.1 Nombre de diagnostics.....	119
3.2.2 Comparaison des groupes en fonction de la période de la présence du diagnostic.....	120
3.2.3 Nature des troubles diagnostiqués.....	122
3.2.4 Comorbidité.....	124
3.3 Expériences d'adversité à l'enfance.....	127
3.3.1 Description des résultats en fonction des variables.....	128
3.3.2 Description des résultats en fonction du parent.....	131
3.4 Événements de vie au cours de la dernière année de vie.....	132
3.4.1 Nombre d'événements « sévères ».....	133
3.4.2 Type d'événements.....	135

3.4.3 Difficultés.....	137
3.5 Événement déclencheur.....	138
3.6 Synthèse des résultats : éléments qui distinguent les cas avec diagnostics.....	140
CHAPITRE IV.....	142
DISCUSSION.....	142
4.1 Une perspective développementale.....	143
4.2 Particularités du groupe SPA.....	144
4.2.1 Durée.....	145
4.2.2 Nature de la substance.....	146
4.2.3 Consommation problématique des parents.....	146
4.2.4 Profil des difficultés reliées à la consommation.....	147
4.2.5 Comparaison du groupe SPA avec d'autres études.....	148
4.3. Hypothèses sur la comorbidité psychiatrique.....	149
4.3.1 Diagnostics en fonction du nombre et de la durée.....	150
4.3.2 Nature des troubles diagnostiqués.....	151
4.3.3 Configuration des diagnostics.....	154
4.3.4 Comorbidité : un construit d'exception dans le domaine de l'addiction.....	155
4.4 Expériences d'adversité à l'enfance.....	157
4.4.1 Rejet et abandon.....	158
4.4.2 Indifférence/négligence et Supervision/discipline : état de fait des habiletés parentales.....	159
4.5 Événements de vie.....	162
4.6 Événement déclencheur.....	166
4.7 Suicide et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : multi-morbidité.....	170
4.8 Vers une lecture « psychopathologique développementale » du problème.....	172
4.9 Les limites de l'étude.....	174
4.10 Implications pour l'intervention et la recherche.....	178
CONCLUSION.....	182
RÉFÉRENCES.....	184
APPENDICE A	
DESCRIPTION DES SYMPTÔMES LIÉS À L'INTOXICATION ET AU SEVRAGE DES DIFFÉRENTES SUBSTANCES SELON LE DSM-IV.....	202
APPENDICE B	
RÉSUMÉ DES ÉTUDES PORTANT SUR LE SUICIDE ET LES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES.....	210
APPENDICE C	
LETRE AUX FAMILLES ENDEUILLÉES PAR LE BUREAU DU CORONER.....	216

APPENDICE D	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	218
APPENDICE E	
SCID : STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DIAGNOSIS.....	219
APPENDICE F	
CECA.....	238
APPENDICE G	
LIFE EVENTS AND DIFFICULTIES SCHEDULE (LEDS).....	245
APPENDICE H	
SPÉCIFICATIONS POUR L'ÉVOLUTION.....	262
APPENDICE I	
DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES 9 CAS AVEC DIAGNOSTIC À VIE EN FONCTION DES INDICATEURS LIÉ À DES CRITÈRES DIAGNOSTICS DE DÉPENDANCE OU D'ABUS.....	264
APPENDICE J	
DESCRIPTION DU NOMBRE DE CAS AVEC DIAGNOSTIC LIÉ À L'ALCOOL ET AUX DROGUES.....	271
APPENDICE K	
DESCRIPTION DE LA NATURE DE LA SUBSTANCE POUR LE GROUPE AYANT UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE D'ALCOOL ET DE DROGUES.....	272
APPENDICE L	
DESCRIPTION DE LA NATURE DE LA SUBSTANCE POUR LE GROUPE AYANT UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE DROGUES.....	273
APPENDICE M	
DESCRIPTION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DES PARENTS DES CAS AYANT UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FONCTION DE LA NATURE DE LA SUBSTANCE.....	274
APPENDICE N	
DESCRIPTION DES VARIABLES CECA SANS DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES ...	275
APPENDICE O	
DESCRIPTION DES VARIABLES DU CECA POUR LE GROUPE AVEC DIAGNOSTIC SPA ET POUR LE GROUPE SANS DIAGNOSTIC SPA EN FONCTION DES DEUX PARENTS.....	278

APPENDICE P  
DESCRIPTION DU NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS « SÉVÈRES » VÉCUS PAR LES CAS  
AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE DE LEUR VIE.....283

## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Taux de mortalité ajustés par suicide, Québec et pays de l'OCDE sélectionnés, 2004	18
1.2	Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec	23
1.3	Prévalence de consommation actuelle d'alcool selon les provinces canadiennes en 2000-2001	33
1.4	Prévalence de consommation actuelle d'alcool au Québec selon les groupes d'âge et le sexe	34
1.5	Pourcentage (prévalence actuelle) de personnes de 15 ans et plus à risque d'être dépendantes de drogues illicites, selon les provinces canadiennes en 2002	35
1.6	Aspect chronologique de la comorbidité	52

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Nombre et taux ajusté <sup>1</sup> de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2006	21
1.2	Nombre définitif de décès et taux de mortalité par suicide, selon le sexe, pour les années 2002, 2003 et 2004	22
1.3	Nombre définitif de décès et taux de mortalité par suicide, pour les hommes, selon le groupe d'âge pour l'année 2004*	25
1.4	Description des diagnostics selon le CIM-10 et le DSM-IV	27
2.1	Description des cas selon le groupe	86
2.2	Description des cas avec diagnostic SPA selon la substance ( <i>n</i> = 40)	88
3.1	Description du nombre de diagnostics en fonction du type de diagnostic (dépendance par opposition à abus) et de la période (à vie, six derniers mois et à vie ainsi que lors des six derniers mois) pour le sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool	112
3.2	Description de la durée de la consommation	113
3.3	Description de la nature de la substance en fonction du groupe « drogues » ( <i>n</i> = 9) et du groupe « drogues et à l'alcool » ( <i>n</i> = 17)	114
3.4	Description de la consommation problématique des parents	115
3.5	Description des catégories de problèmes liés à la consommation ( <i>n</i> = 40)	117

## LISTE DES TABLEAUX (suite)

Tableau		Page
3.6	Nombre de catégories de problèmes pour les cas avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ( $n = 40$ )	118
3.7	Description du nombre de diagnostics en fonction des groupes avec et sans diagnostic SPA	119
3.8	Description du nombre de diagnostics « à vie » et lors des « six derniers mois » en fonction des groupes avec et sans diagnostic SPA	121
3.9	Comparaison de la présence ou non des troubles mentaux en fonction d'un diagnostic SPA	123
3.10	Prévalence de la comorbidité dans les diagnostics psychiatriques chez les hommes décédés par suicide pour la période « à vie »	125
3.11	Description des variables CECA en fonction de la présence ou non du diagnostic SPA	129
3.12	Regroupement du nombre d'événements sévères vécus par les cas au cours de la dernière année de leur vie	134
3.13	Description des cas avec au moins un événement sévère selon la nature de l'événement en fonction du nombre total d'événements sévères pour le groupe ( )	136
3.14	Description des difficultés sévères vécues durant la dernière année de vie	137
3.15	Types d'événement déclencheur vécus par les cas	141

## RÉSUMÉ

Les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %. La communauté scientifique s'entend pour identifier la présence de psychopathologie, d'expériences d'abus et de négligence ainsi que le cumul d'événements ou de difficultés de vie chez les hommes décédés par suicide.

Cette étude a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes et d'identifier les caractéristiques pouvant accroître le risque de suicide au sein de ce groupe.

Spécifiquement, cette étude vérifie si les hommes décédés par suicide avec un diagnostic SPA ont une plus grande comorbidité psychiatrique que les suicidés sans diagnostics SPA, si les cas du groupe SPA ont davantage vécu des situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale, s'ils ont davantage vécu d'événements de vie sévères au cours de leur dernière année de vie, s'ils ont vécu plus de situations de rejet et d'abandon au cours des douze derniers mois, et enfin, s'ils ont connu un événement déclencheur de type abandon/rejet avant de s'enlever la vie.

Le devis de recherche en est un à étude rétrospective, à savoir l'autopsie psychologique. Des entrevues semi-structurées auprès des tiers avec instruments standardisés sont utilisées pour mesurer la présence et le type de diagnostic (SCID), les expériences précoces d'adversité vécues au cours de la période de l'enfance (CECA), ainsi que les événements et difficultés de vie vécus par les sujets au cours des 12 derniers mois précédents le décès (LEDS). Les cas à l'étude sont 60 hommes âgés de 18 à 55 ans, décédés par suicide. Deux groupes sont formés à partir de l'échantillon total, de sorte que l'étude compare 40 hommes avec diagnostic de troubles lié à l'utilisation de substances psychoactives (SPA) ( $n = 40$ ), à 20 hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA ( $n = 20$ ).

Du point de vue descriptif, les résultats montrent que les cas avec diagnostic SPA ont vécu, pour la plupart, un tel problème depuis une longue période de temps, que la dépendance, sans égard à la substance ou à la comorbidité concomitante avec un autre diagnostic SPA, est présente dans près des deux tiers des cas, que l'alcool et la cocaïne sont les substances les plus représentées et que la consommation amène des problèmes pour la grande majorité des cas. Ces cas n'ont pas plus de parents avec problèmes de consommation que l'autre groupe.

Sur le plan de la comorbidité, les résultats montrent que les cas avec diagnostic SPA obtiennent, en moyenne, un nombre plus élevé de diagnostics que le groupe sans diagnostic SPA, et ce, même lorsque les diagnostics liés à l'utilisation de substances sont exclus. Les diagnostics les plus présents sont le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité antisocial, et le trouble des conduites. La configuration de diagnostics la plus commune est : *Trouble SPA – Trouble de l'humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, et au second rang arrive la combinaison des trois diagnostics suivants *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*.

L'étude révèle également que les cas avec diagnostic SPA sont plus susceptibles d'avoir grandi dans un environnement familial où les pères sont plutôt indifférents et négligents à leur égard, ce qui se traduisait même dans leur mode de supervision et de discipline qui est soit sévère, soit relâché/inconstant, témoignant ainsi d'un certain laxisme.

Cette étude confirme également que les cas avec diagnostic SPA ont vécu plus d'un événement avant de se suicider et qu'ils se distinguent de l'autre groupe quant à la présence d'événements sévères liés au domaine criminel ou judiciaire.

Diverses implications pour la pratique se dégagent de cette étude. En somme, les efforts de dépistages quant aux facteurs d'adversité à l'enfance et les facteurs de risque sont de mise. D'autre part, l'exercice d'évaluation et de diagnostique doit prendre en compte toutes les comorbidités, à savoir psychiatrique, somatique et social, et un suivi régulier est nécessaire tant sur le plan préventif que curatif. Le plan de soin sera directement relié à cette évaluation rigoureuse. Les conjointes et les professionnels des ministères de la Sécurité publique et de la Justice ont tous un rôle à jouer dans le dépistage et l'intervention. De plus, dès les premiers signes de troubles des conduites, des évaluations, des interventions et voire même des groupes de soutien pour les parents de ces enfants sont recommandés.

**Mots clés : suicide, polytoxicomanie, hommes, événements de vie, rejet et abandon**

## INTRODUCTION

Le taux de décès par suicide au Québec a connu, au cours des dernières années, plusieurs fluctuations. En fait, au début des années 1970, le taux de décès par suicide a connu une hausse progressive pour atteindre un sommet en 1982 et 1983. Après une période de stabilité, une nouvelle tendance à la hausse est constatée au début des années 1990. Par ailleurs, entre les années 1995 et 1999, les taux de décès par suicide connaissent des sommets inquiétants. Ensuite, au début des années 2000, une baisse de mortalité par suicide est observée, et ce, du fait de la baisse de suicide chez les hommes. Nonobstant, le suicide a été au milieu des années quatre-vingt-dix la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de moins de 30 ans, et le demeure encore chez les 20-34 ans.

Nous savons également que les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %. Si l'on ajoute les cas d'intoxication aiguë au moment du suicide, les SPA sont associés à plus de 50 % des suicides chez les hommes. Malgré ces chiffres, il en demeure que ce phénomène reste mal compris et « peu investigué sur le plan scientifique ». La communauté scientifique s'entend toutefois pour identifier la présence de psychopathologie, d'expériences d'abus et de négligence ainsi que le cumul d'événements et/ou de difficultés de vie chez les hommes décédés par suicide.

Alors que nous retrouvons certains facteurs de risques associés aux hommes décédés par suicide, notamment la présence de comorbidité psychiatrique, des expériences de rejet et d'abandon tant à l'enfance qu'à l'âge adulte, et la présence d'expériences et de difficultés de vie, il n'en demeure pas moins que ce n'est qu'une minorité des hommes avec SPA qui décèdent par suicide.

Ainsi, afin de mieux comprendre l'interaction entre ces facteurs de risque et comprendre davantage la trajectoire de vie des hommes décédés par suicide, et ce, par analyse rétrospective, une analyse approfondie est proposée. L'objectif de cette étude est d'identifier les caractéristiques spécifiques des dits facteurs de risque qui peuvent accroître le risque de suicide au sein de ce groupe.

La présente recherche examinera le cas des hommes décédés par suicide. Le devis de recherche en est un à étude rétrospective où la méthode repose sur l'autopsie psychologique. Malgré certaines mises en garde en raison des limites associées à cette méthode, cette dernière est reconnue par la communauté scientifique comme étant fiable pour la cueillette de l'information sur les suicides complétés.

L'échantillon comprend 60 hommes âgés de 18 à 55 ans, certains ayant un diagnostic de troubles reliés aux substances psychoactives alors que d'autres non, et ce, afin de déterminer quels sont les facteurs qui distinguent un groupe de l'autre. Cette étude tentera d'établir comment la consommation abusive d'alcool et de drogues (illicites et licites) est reliée au suicide chez les hommes. Ainsi, si une proportion des hommes qui décèdent par suicide présente des troubles reliés aux SPA, la plupart des hommes alcooliques ou toxicomanes ne décèdent pas par suicide. En terme d'étiologie sociale, il semble alors que d'autres variables influencent l'interaction « troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et suicide » chez les hommes. Il est alors postulé, dans le cadre de cette thèse, que certains facteurs propres au patron de consommation (intoxication au moment du décès, stade de la consommation abusive, type et quantité du produit consommé, etc.) permettent de mieux comprendre la dynamique du suicide.

L'objet de la thèse est alors de relever certains attributs de l'association « suicide et toxicomanie » chez les hommes. Le premier chapitre situe la problématique dans laquelle s'inscrit l'étude et présente les assises théoriques concernant les principales explications possibles au suicide des hommes et précise les hypothèses de l'étude. Le deuxième chapitre traitera des aspects méthodologiques, le type de recherche, le mode de recrutement, les participants, les variables à l'étude, la procédure et les considérations éthiques.

Les résultats seront exposés au troisième chapitre alors que le quatrième et dernier chapitre discute des dits résultats tout en précisant les limites de l'étude ainsi que ses implications pour les recherches futures et les considérations cliniques pour la prévention du suicide. La conclusion, les recommandations pour les recherches futures et la prévention du suicide vont clore ce travail.

## CHAPITRE I

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

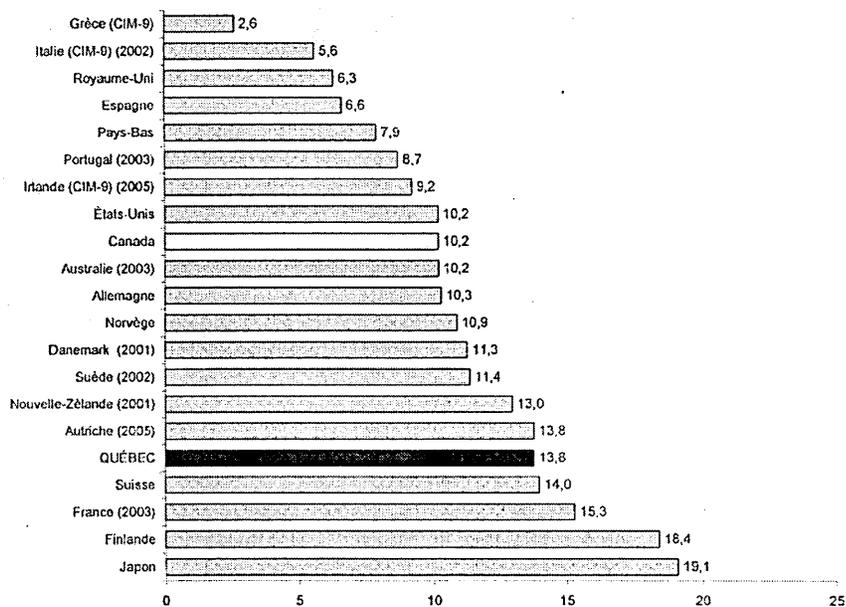
#### 1.1 La problématique du suicide

Depuis plusieurs années, le suicide est un centre d'intérêt pour nombre de chercheurs et de cliniciens, examinant le phénomène dans une perspective épidémiologique et étiologique, et ce, dans le but de prévenir le suicide.

Le suicide n'est pas un phénomène nouveau, bien au contraire. Il ne connaît ni barrière ethnique ni culturelle, ne fait abstraction ni du sexe ni de l'âge. Alors que les taux d'incidences peuvent varier d'un pays à l'autre, le suicide demeure un phénomène mondial.

D'ailleurs, comparativement à d'autres pays de l'OCDE, et tel qu'illustré à la figure 1.1 (tiré de St-Laurent et Gagné, 2008), le Québec se situe toujours parmi les populations qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus élevés (St-Laurent et Gagné, 2008). Lorsque comparé au taux canadien qui est de 10,2, celui du Québec est légèrement plus élevé, à savoir de 13,8 (St-Laurent et Gagné, 2008).

Figure 1.1  
Taux de mortalité ajusté<sup>1</sup> par suicide, Québec et pays de l'OCDE sélectionnés, 2004



© 2008 Institut national de santé publique du Québec

1. Taux ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population des pays de l'OCDE en 1980.  
Sources : Données compilées par l'unité Études et analyses de l'état de santé de la population, Institut national de santé publique du Québec  
ECO-SANTÉ OCDE 2007  
Statistique Canada, tableau CANSIM 051-0001  
Statistique Canada, Causes de décès, catalogue 84-208-XIF  
MSSS, Fichier des décès, 2004

Au Québec, depuis plusieurs années une attention particulière est portée sur la problématique du suicide. En effet, un bref survol des 15 dernières années démontre bien les différentes mesures mises en place au Québec. Déjà en 1992, la situation étant inquiétante, le taux de mortalité par suicide était de 17,9 par 100 000, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992), dans sa Politique de la santé et du bien-être, identifiait le suicide comme étant une priorité en matière de santé, ayant ainsi comme objectif de réduire de 15 % le nombre de suicides et de tentatives pour l'année 2002. Après 10 ans d'efforts, l'objectif n'était pas atteint, voyant plutôt une augmentation quant aux taux de mortalité par suicide. Le taux était passé de 15,8 par 100 000 en 1990 à 22,2 par 100 000 en 1999 (St-Laurent et Gagné, 2008; voir tableau 1.1). Alors que les taux n'avaient guère diminué, les efforts des études portant sur le suicide n'étaient pas en vain, puisqu'ils avaient permis d'établir et de préciser les facteurs de risque, et d'identifier certaines populations qui étaient plus à risque, soit, les hommes.

Ainsi, à la fin des années 1990, deux événements ont contribué à accroître l'intérêt de la population concernant le suicide de plus d'un millier d'hommes québécois par année, à savoir; 1) la publication par le gouvernement du Québec, en 1998, de la Stratégie d'action face au suicide (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998) qui identifiait sans équivoque les hommes adultes comme un groupe à haut risque de suicide auprès desquels des efforts particuliers devaient être consentis; 2) le thème de l'édition 1999 de la Semaine provinciale de prévention du suicide organisée par l'Association québécoise de suicidologie : « 80 % des suicides sont commis par des hommes. Le suicide jamais de la vie ».

À compter de l'année 2000, une baisse dans les taux de mortalité au Québec est constatée. Selon St-Laurent et Gagné (2008), cette diminution dans les taux de mortalité par suicide s'explique principalement par une baisse de suicide chez les hommes.

## 1.2 Suicide chez les hommes

Alors que nous observons une baisse dans les taux de décès par suicide, nous constatons que les hommes sont plus nombreux à se suicider que les femmes. Ce phénomène s'étend à l'échelle internationale où nous retrouvons dans tous les pays, à l'exception de la Chine, un ratio global de 3,5 hommes pour 1 femme (Organisation mondiale de la santé, 2001). Au Québec, il y a aussi un écart entre le taux de suicide chez les hommes et les femmes. Les hommes présentaient, en 1999-2001, un excès de mortalité par suicide de près de 300 % par rapport aux femmes, alors qu'il était de 200 % en 1976-1978 (St-Laurent et Bouchard, 2004).

Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide est passé de 22,0 pour 100 000 au cours de la période 1976-1978 à 30,7 pour 100 000 en 1999-2001, ce qui représente une augmentation de 40 % (St-Laurent et Bouchard, 2004). Par comparaison, le taux de suicide des femmes est demeuré stable, passant de 7,9 à 7,8 pour 100 000 au cours de ces mêmes périodes. En fait, tel qu'énoncé dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide (1998), le suicide représente, au milieu des années 1990, la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de moins de 30 ans.

À partir de l'année 2000, un changement dans les taux de mortalité par suicide est observé, et ce, tant chez les hommes que les femmes. Comme l'illustre le tableau 1.1 à la page suivante (tiré de St-Laurent et Gagné, 2008), un taux de mortalité par suicide de 22,2 par 100 000 est identifié pour les deux sexes réunis en 1999. Une diminution est dès lors observée en 2000 où le taux est de 18,1 par 100 000. Le taux passe ensuite à 18,0 par 100 000 en 2001 et en 2002, et diminue encore à 16,8 en 2003, pour atteindre, en 2004, un taux de 15,6 par 100 000. Le taux connaîtra une légère hausse en 2005 où il est de 16,6, mais diminuera à nouveau en 2006 à un taux de 14,8 par 100 000, soit le plus bas taux enregistré au Québec au cours des vingt-cinq dernières années (St-Laurent et Gagné, 2008).

Tableau 1.1

**Tableau 1**  
**Nombre et taux ajusté<sup>1</sup> de mortalité par suicide, selon le sexe, ensemble du Québec, de 1981 à 2006**

Années	Hommes		Femmes		Sexes réunis	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
1981	795	26,0	252	8,5	1047	17,0
1982	862	27,4	284	9,5	1146	18,2
1983	903	28,3	279	9,1	1182	18,4
1984	834	26,2	247	8,2	1081	16,9
1985	871	27,7	241	7,6	1112	17,2
1986	885	27,3	262	8,3	1147	17,4
1987	910	27,8	255	7,7	1165	17,5
1988	858	25,8	235	7,1	1093	16,1
1989	818	24,2	220	6,6	1038	15,2
1990	902	26,3	202	5,9	1104	15,8
1991	898	26,0	207	5,9	1105	15,7
1992	984	28,4	272	7,8	1256	17,9
1993	1049	30,2	264	7,6	1313	18,7
1994	1027	29,7	264	7,5	1291	18,3
1995	1144	32,4	298	8,4	1442	20,2
1996	1136	32,1	327	9,2	1463	20,4
1997	1095	31,1	287	7,9	1382	19,2
1998	1072	30,2	315	8,6	1387	19,2
1999	1284	35,9	336	9,1	1620	22,2
2000	1059	29,3	266	7,2	1325	18,1
2001	1055	28,8	279	7,5	1334	18,0
2002	1052	28,7	290	7,8	1342	18,0
2003	980	26,5	279	7,4	1259	16,8
2004	875	23,4	302	7,9	1177	15,6
2005 <sup>2</sup>	979	26,1	281	7,3	1260	16,6
2006 <sup>3</sup>	883	23,4	253	6,4	1136	14,8

<sup>1</sup> Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

<sup>2</sup> Données provisoires provenant des fichiers de décès du MSSS.

<sup>3</sup> Données provisoires provenant des fichiers du Coroner.

Sources : MSSS, Fichier des décès 1998-2005, Fichier du coroner 2006, MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001.

Selon St-Laurent et Gagné (2008), cette diminution dans les taux de mortalité par suicide s'explique principalement par une baisse de suicide chez les hommes, quoiqu'il ait également diminué, de façon moindre, chez les femmes. D'autre part, les données récentes nous montrent que, pour l'année 2006, 1136 cas sont décédés par suicide au Québec, soit 883 hommes et 253 femmes, ce qui représente des taux ajustés par 100 000 habitants respectivement de 23,4 chez les hommes, de 6,4 chez les femmes. Le taux pour l'ensemble de la population est de 14,8 par 100 000 (St-Laurent et Gagné, 2008).

Tel que mentionné ci-dessus, la chute dans les taux pour les deux sexes réunis s'explique par le fait que les taux chez les hommes ont diminué de façon importante. Ainsi, tel que présenté au tableau 1.1, le taux de 35,9 par 100 000 observé chez les hommes en 1999 a d'abord diminué à 29,3 par 100 000 en 2000. Une diminution est connue dans les années subséquentes, soit de 28,8 pour l'année 2001, à 28,7 par 100 000 pour l'année 2002, suivi d'une diminution consécutive pour les années 2003 et 2004, à des taux respectifs de 26,5 et de 23,4 par 100 000. Une légère hausse est connue en 2005, où le taux est de 26,1 par 100 000, mais diminuera à nouveau à 23,4 par 100 000 pour l'année 2006, ce qui représente une chute de 35 % (St-Laurent et Gagné, 2008).

Les données de l'Institut de la statistique du Québec (2004; 2006; 2007; 2008) sur le nombre de décès et le taux de mortalité selon la cause et le sexe tiennent compte du fait que les données définitives sur les décès sont disponibles jusqu'en 2004. De cette façon, ces données démontrent également une diminution (*voir* tableau 1.2) dans les taux de mortalité par suicide. Ces données démontrent, encore une fois, la différence des taux de mortalité par suicide entre les hommes et les femmes.

Tableau 1.2

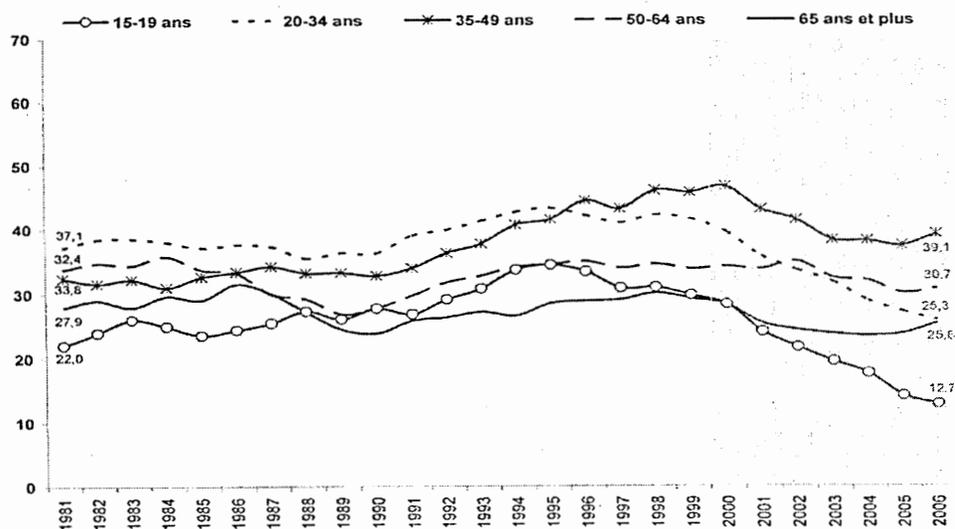
*Nombre définitif de décès et taux de mortalité par suicide, selon le sexe, pour les années 2002, 2003 et 2004.*

	Hommes		Femmes	
	Décès <i>n</i>	Taux pour 100 000	Décès <i>n</i>	Taux pour 100 000
Année 2002	1 036	28,2	285	7,6
Année 2003	980	26,5	279	7,3
Année 2004	875	23,5	302	7,9

Comme l'illustre la figure 1.2, une diminution du taux de mortalité par suicide chez les hommes s'observe davantage chez les adolescents et les jeunes adultes. Chez les adolescents de 15-19 ans, particulièrement en ce qui concerne les jeunes garçons, les nombres de cas décédés par suicide ainsi que les taux ont diminué de plus des deux tiers entre 1999 et 2006 (St-Laurent et Gagné, 2008). Nous observons également une chute importante chez les jeunes adultes de 20-34 ans où le taux, en 1999 était de 28,0 par 100 000 alors qu'il est de 14,9 en 2006, soit une chute de près de 50 % (St-Laurent et Gagné, 2008). Les taux ont également diminué en ce qui concerne les hommes âgés entre 20-34 ans, passant de 47,4 par 100 000 en 1999 à 24,0 en 2006 (St-Laurent et Gagné, 2008). Une baisse dans les taux auprès du groupe des 35-49 ans, d'environ un tiers, est également observable (St-Laurent et Gagné, 2008).

Figure 1.2

Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981-1983 à 2004-2006<sup>1</sup>



1. Moyennes mobiles calculées sur des périodes de trois ans.  
Sources : MSSS, Fichier des décès de 1981 à 2005 et Fichier du Coronier de 2006.  
MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001.

Les données de l'Institut de la statistique du Québec (2007) concernant le nombre de décès et le taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge pour l'année 2004 démontrent également que le suicide demeure une cause première de décès chez les hommes pour différents groupes d'âge (voir tableau 1.3).

En effet, le suicide est la première cause de mortalité pour les groupes d'âges de 20 à 39 ans. Pour les groupes d'âges de 15 à 19 ans, il est, après les accidents de véhicules à moteur, la seconde cause de mortalité. Il est également la seconde cause de mortalité dans le groupe d'âge de 40-45 ans (après les tumeurs) et le troisième rang pour les groupes d'âge de 45 à 54 ans (après les tumeurs et les problèmes liés à l'appareil circulatoire) (Institut de la statistique du Québec, 2007). Certes, le suicide est toujours présent chez les hommes, étant la seconde cause de mortalité chez les 15-19 ans, et demeure encore, et de loin, la première cause de mortalité chez les 20-34 ans (St-Laurent et Gagné, 2008).

Malgré la baisse dans les taux, nous observons que le Québec, en comparaison avec certaines autres provinces canadiennes affiche les taux les plus élevés de décès par suicide, et ce, concernant les deux sexes (St-Laurent et Gagné, 2008). Nous savons ainsi que les hommes sont un groupe à risque pour le suicide et nous savons également que lorsqu'il y a présence de troubles reliés aux substances psychoactives, ce risque augmente. La prochaine section approfondit cet aspect.

Tableau 1.3

*Nombre définitif de décès et taux de mortalité par suicide, pour les hommes, selon le groupe d'âge pour l'année 2004\**

Groupe d'âge	15-19 ans			20-24 ans			25-29 ans			30-34 ans			35-39 ans			40-44 ans			45-49 ans			50-54 ans		
	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%	<i>n</i>	Taux par 100 000	%
Nombre total de décès	153	65,4	100	208	79,3	100	202	76,2	100	214	84,7	100	331	117,2	100	536	163,1	100	861	273,1	100	1143	415,8	100
Suicide	39	16,7	25,5	71	27,1	34,1	80	30,2	39,6	78	30,9	36,4	90	31,9	27,2	109	33,2	20,3	113	35,8	13,1	98	35,7	8,6
Accident véhicule à moteur	63	26,9	41,2	60	22,9	28,8	47	17,7	23,3	33	13,1	15,4	34	12,0	10,3	33	10,0	6,	37	11,7	4,3	28	10,2	2,4
Tumeur	9	3,8	5,9	13	5,0	6,3	11	4,1	5,4	26	10,3	12,1	44	15,6	13,3	129	39,2	24,1	274	86,9	31,8	429	156,1	37,5
Appareil Circula-toire	4	1,7	2,6	7	2,7	3,4	9	3,4	4,5	14	5,5	6,5	44	15,6	13,3	86	26,2	16,0	201	63,7	23,3	313	113,9	27,4
Autres †	38	16,9	25,2	57	21,8	27,5	55	20,8	27,4	63	25,1	29,6	119	42,1	35,8	179	54,5	33,4	236	75	27,2	275	100,1	24,1

\* Ces données, qui sont compilées et traitées par l'Institut de la statistique du Québec, sont pour les hommes québécois décédés par suicide, âgés de 15 à 54 ans.

† Suivant la nomenclature de l'Institut de la statistique du Québec, « autre » inclut et regroupe toutes les catégories suivantes de cause de mortalité : Maladie infectieuse et parasitaire, Diabète sucré, Système nerveux, Appareil respiratoire, Appareil digestif, Appareil génito-urinaire, Affections périnatales, Malformations congénitales, ainsi que les autres Causes externes (excluant les accidents de véhicules à moteur et le suicide).

### 1.3 Définir les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Avant même de définir en quoi consistent les troubles reliés aux substances psychoactives, il nous semble opportun de préciser ce qu'est une « substance psychoactive ». Le terme « substance psychoactive » désigne toute une gamme de substances, licites ou illicites, qui, une fois ingérées, ont un effet sur l'esprit, l'humeur ou d'autres processus mentaux et changent temporairement la manière dont une personne pense, se sent ou agit (Collin, C. – Librairie du Parlement, 2006). Certaines de ces substances sont prescrites légalement pour traiter différents problèmes de santé. Certaines substances, comme l'alcool et la nicotine, sont vendues sans ordonnance. D'autres, comme le cannabis, l'héroïne et la cocaïne sont illicites et sont régis par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDS, ministère de la Justice, 1996).

Quant à la définition de « troubles », la littérature sur les travaux dans le domaine des conduites d'abus et dépendance aux substances psychoactives montre l'importance et la diversité des outils de mesure. L'approche qui domine est celle sous forme de classification, à savoir les principales étant les classifications internationales, soit la Classification internationale des maladies – dixième version (CIM-10) et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – version IV (DSM-IV). Pour repérer les problèmes liés à l'usage nocif de substances psychoactives, le CIM-10 renvoie à la rubrique F10-F19, où les subdivisions distinguent les produits et les symptômes (par exemple F10 = alcool). Selon ces deux classifications, la dépendance ainsi que l'abus sont considérés comme étant une psychopathologie.

Le tableau 1.4 à la page suivante présente les définitions de l'abus et de la dépendance selon le CIM-10 et le DSM-IV. Attendu que le point central à l'étude est les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, il nous semble impératif de bien étayer la symptomatologie ainsi que les critères diagnostiques associés à ces troubles.

Tableau 1.4

*Description des diagnostics selon le CIM-10 et le DSM-IV*

---

CIM-10

Exemple; Quatrième caractère de subdivision utilisé dans la CIM-10 permettant le classement du comportement lié à l'usage d'une substance psychoactive.

- .0 intoxication aiguë
- .1 utilisation nocive pour la santé
- .2 syndrome de dépendance
- .3 syndrome de sevrage
- .4 syndrome de sevrage avec delirium
- .5 trouble psychotique
- .6 syndrome amnésique
- .7 trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive
- .8 autres troubles mentaux et du comportement
- .9 trouble mental ou du comportement, sans précision

*La dépendance selon le CIM-10*

Le CIM-10 présente la dépendance comme la manifestation d'au moins trois des signes ci-après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

Un désir compulsif de consommer le produit.

Des difficultés à contrôler la consommation.

L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.

Une tolérance effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).

Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.

Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

DSM-IV***Dépendance à une substance selon le DSM-IV***

Mode de fonctionnement inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative « caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

- (1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- (2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance
  - b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- (3) Consommation de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- (4) Désir persistant, où des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- (5) Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets.
- (6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- (7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache qu'elle a un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

***Abus d'une substance selon le DSM-IV***

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- (1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison.
- (2) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule ou en faisant fonctionner une machine).
- (3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
- (4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistante ou récurrente, causée ou exacerbée par les effets de la substance.

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

---

La majorité des études, tant au plan international qu'au Québec, utilise le DSM-IV, et c'est pour cette raison qu'il a été adopté dans le cadre de cette étude. Mentionnons de plus que les instruments psychométriques servant à poser le diagnostic sont établis en fonction des critères du DSM-IV.

La dépendance à une substance est donc un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, qui indiquent que la personne continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il y a donc un mode de consommation répétée qui conduit généralement à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994).

Contrairement au diagnostic de dépendance à une substance, l'abus de substance n'inclut pas les critères diagnostiques suivants : la tolérance, le sevrage ou un mode compulsif d'utilisation, mais seulement, les conséquences néfastes de l'utilisation répétée (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Il faut aussi spécifier que le diagnostic de dépendance à une substance a priorité sur le diagnostic d'abus d'une substance si, à un moment quelconque, le mode d'utilisation correspond aux critères de dépendance pour la classe de substance en question (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Le diagnostic d'abus de substance est plus probable chez les sujets qui ont commencé depuis peu à utiliser la substance. Toutefois, certaines personnes continuent à subir des conséquences sociales néfastes liées à la substance pendant une longue période sans qu'il y ait de preuves de dépendance à ladite substance (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). L'abus de substance est donc un mode d'utilisation inadéquate d'une substance mise en évidence par des conséquences indésirables, significatives et récurrentes liées à la substance.

Le DSM-IV propose également des critères diagnostiques pour définir ce en quoi consiste une « intoxication » à une substance quelconque, et de la même façon, comment se définit le sevrage à celle-ci. De façon générale, il y a des points communs quant à la définition d'intoxication et celle du sevrage, avec quelques variabilités spécifiques en lien avec la nature de la substance. Une description exhaustive des symptômes liés à l'intoxication et au sevrage des différentes substances se retrouve en appendice A.

#### 1.4 Fréquence de consommation de substance psychoactive

Afin de mettre en évidence les troubles liés aux substances psychoactives chez les hommes, il est important de bien comprendre l'ampleur du phénomène à une plus grande échelle. La consommation de substances psychoactives est un phénomène mondialement préoccupant. D'ailleurs, en 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) réitérait son inquiétude devant l'augmentation mondiale de la consommation d'alcool depuis de nombreuses années (OMS, 2001). L'OMS ajoutait que c'est en Amérique ainsi qu'en Europe que la charge morbide associée à la consommation problématique d'alcool est la plus élevée.

L'enquête longitudinale nationale sur l'épidémiologie des troubles liés à l'alcool (National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey; NLASE) a permis d'interroger 42 862 Américains de 18 ans et plus en utilisant la grille d'entrevues sur les troubles liés à la consommation d'alcool et les problèmes qui y sont associés (Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule; AUDADIS). Les résultats de l'enquête démontrent que la prévalence du trouble de dépendance à l'alcool au cours des douze derniers mois est 2,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Grant, 1997).

Au Canada, en 2000-2001, plus de 90 % des Canadiens âgés de plus de 15 ans ont consommé de l'alcool au cours de leur vie, alors que 78 % ont consommé durant la dernière année (Statistiques Canada, 2002). En ce qui a trait à la drogue, moins de 25 % des Canadiens ont consommé des drogues au cours de leur vie alors que 7 % ont consommé dans les 12 mois précédents l'enquête de 1994 (Statistiques Canada, 2002).

C'est en 2005 que l'« Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) » est publiée (Adalf, Bégin et Sawka, 2005). Cette enquête est basée sur un échantillon aléatoire et produit un échantillon de 24 214 815 Canadiens âgés d'au moins 15 ans. Les résultats de l'enquête montrent qu'au cours des douze mois précédant l'enquête, près de 80 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont consommé de l'alcool. Parmi ces derniers, 44 % déclarent avoir consommé au moins une fois par semaine et 9,9 % au moins quatre fois par semaine. De plus, les résultats montrent que parmi les répondants ayant consommé de l'alcool au cours des

douze derniers mois, 6,2 % affirment avoir bu considérablement (cinq verres ou plus en une seule occasion pour les hommes et quatre verres ou plus pour les femmes), et ce, au moins une fois par semaine. Lorsqu'interrogés concernant les habitudes de consommation mensuelles, 25,5 % disent boire à cette fréquence au moins une fois par mois. 16 % affirment que c'est leur habitude de consommer au moins cinq verres à chaque occasion. Or, 22,6 % des personnes ayant bu de l'alcool au cours des douze derniers mois ont dépassé le seuil recommandé par les Directives de consommation d'alcool à faible risque, à savoir que les hommes ne doivent pas dépasser quatorze verres standards par semaine et neuf verres pour les femmes.

Les résultats de l'enquête (Adalf, Bégin et Sawka, 2005) montrent aussi que les hommes ont été proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois (82 % contre 76,8 %). Ils ont été également plus nombreux que les femmes à avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine (55,2 % contre 32,8 %). Ils ont déclaré avoir l'habitude de boire au moins cinq verres par occasion (23,2 % contre 8,8 % pour les femmes), et ce, au moins une fois par semaine (9,2 % contre 3,3 %). Ils dépassent aussi le seuil recommandé par les Directives (30,2 % contre 15,1 %).

Concernant la consommation de cannabis, l'enquête montre que 44,5 % des Canadiens ont déclaré avoir fait usage de cannabis au moins une fois dans leur vie, et 14,1 % au cours des douze derniers mois. L'enquête rapporte également que les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir consommé du cannabis au cours de leur vie (50,1 % contre 39,2 %) et au cours des douze derniers mois (18,2 contre 10,2 %). Une plus grande prévalence de consommation se retrouve chez les 18-24 ans, où 70 % de ce groupe d'âge ont fait l'usage au moins une fois. Quant à l'usage du cannabis au cours des douze derniers mois, par rapport à la moyenne nationale de 14,1 %, il est significativement supérieur en Colombie-Britannique (16,8 %) et au Québec (15,8 %). La fréquence d'usage du cannabis chez les répondants ayant consommé au cours des douze derniers mois varie beaucoup; 20,8 % des consommateurs déclarent ne pas en avoir pris de cannabis au cours des trois derniers mois, 24,9 % ont consommé seulement une ou deux fois, 16 % ont une fréquence mensuelle, 20,3 % la fréquence est hebdomadaire pour 20,3 %, alors que 18,1 % consomment quotidiennement.

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (Adalf, Bégin et Sawka, 2005), révèle que, outre le cannabis, les drogues les plus communément consommées au cours de la vie sont les hallucinogènes avec un taux de 11,4 % de répondants qui en font l'usage, suivi par la cocaïne avec un taux de 10,6 %, 6,4 %, pour le « speed -- méthamphétamine » et 4,1 pour l'ecstasy. L'usage des substances inhalées, d'héroïne, de stéroïdes et de drogues injectés représente seulement 1 %, ou moins de la population qui en ont fait usage au cours de la vie. L'enquête révèle également que le pourcentage de personnes qui a déclaré avoir consommé l'une des cinq drogues illicites, excluant le cannabis (hallucinogènes, cocaïne, méthamphétamine, héroïne et ecstasy), est de 16,5 % et le pourcentage de celles ayant fait usage de l'une des huit drogues, incluant le cannabis est de 45,2 %. Toutefois, alors qu'environ un Canadien sur six a consommé une drogue illicite, bien peu l'ont fait au cours de l'année précédente.

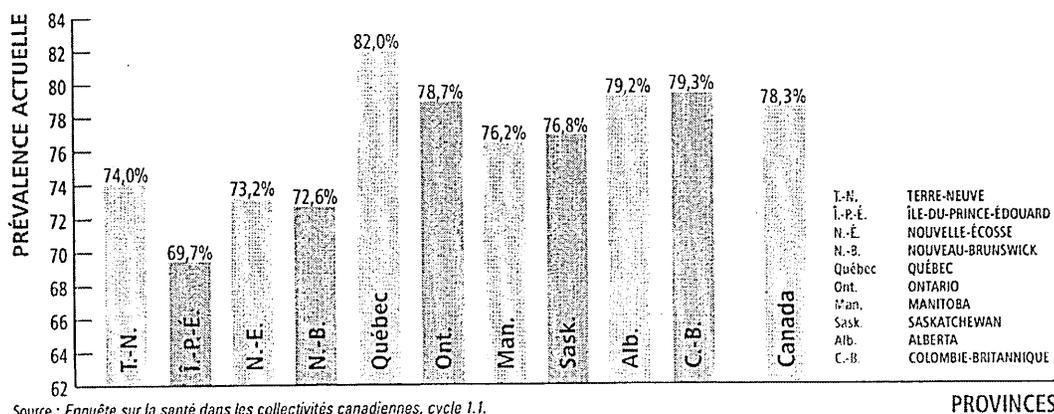
Concernant la consommation récente de drogues, les taux sont d'environ de 1 % ou moins, à l'exception de la cocaïne à un taux de 1,9 %. Environ 3 % des répondants (4,3 chez les hommes et 1,8 chez les femmes) déclarent avoir consommé au moins une des cinq drogues outre le cannabis (cocaïne ou crack; hallucinogènes, PCP ou LSD; méthamphétamine ou amphétamines; héroïne; ecstasy), et 14,5 % (18,7 chez les hommes et 10,6 % chez les femmes) déclarent avoir utilisé l'une des huit drogues, incluant les stéroïdes et les substances inhalées. Tel que pour les autres substances, le taux national d'usage de drogues illicites (outre le cannabis) au cours de la vie (16,5 %) et lors des douze derniers mois (3 %) était plus élevé chez les hommes que les femmes, soit respectivement de 21,1 % et 4,3 %. Notons que le Québec obtient également des taux plus élevés de consommation au cours de la vie (18,1 % contrairement à 16,5 pour le taux national) ainsi que lors des douze derniers mois (4 % pour le Québec contrairement à 3 % pour le taux national). Plusieurs méfaits sont signalés concernant la consommation comme les problèmes de santé, de relations sociales, familiales et conjugales et financières (Adalf, Bégin et Sawka, 2005).

Concernant le Québec, les particularités suivantes sont relevées. En ce qui a trait à l'usage d'alcool au cours des douze derniers mois, la moyenne nationale est de 79,3 % alors que pour le Québec le taux est de 82,3 %, soit le taux le plus élevé. Quant à l'usage du cannabis au cours des douze derniers mois, par rapport à la moyenne nationale de 14,1 % il est supérieur au Québec avec un taux de 15,8 %. Excluant le cannabis, l'enquête démontre des taux de consommation relativement bas dans toutes les provinces, soit de 3 % ou moins. Toutefois au Québec les taux dépassent la moyenne nationale, où l'on peut conclure que les habitudes de consommation au Québec sont généralement plus élevées qu'ailleurs au Canada. Habituellement, pour toutes les substances, la prévalence est plus grande chez les hommes que les femmes (Adalf, Bégin et Sawka, 2005).

Issue de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistiques Canada, 2002), la figure 1.3 permet d'observer sensiblement les mêmes taux. Nous constatons alors que le Québec, en ce qui concerne la prévalence de consommation actuelle d'alcool selon les provinces canadiennes en 2000-2001, est la province avec le plus haut taux, soit 82,0 % (contre 78,3 % pour l'ensemble du Canada).

Figure 1.3

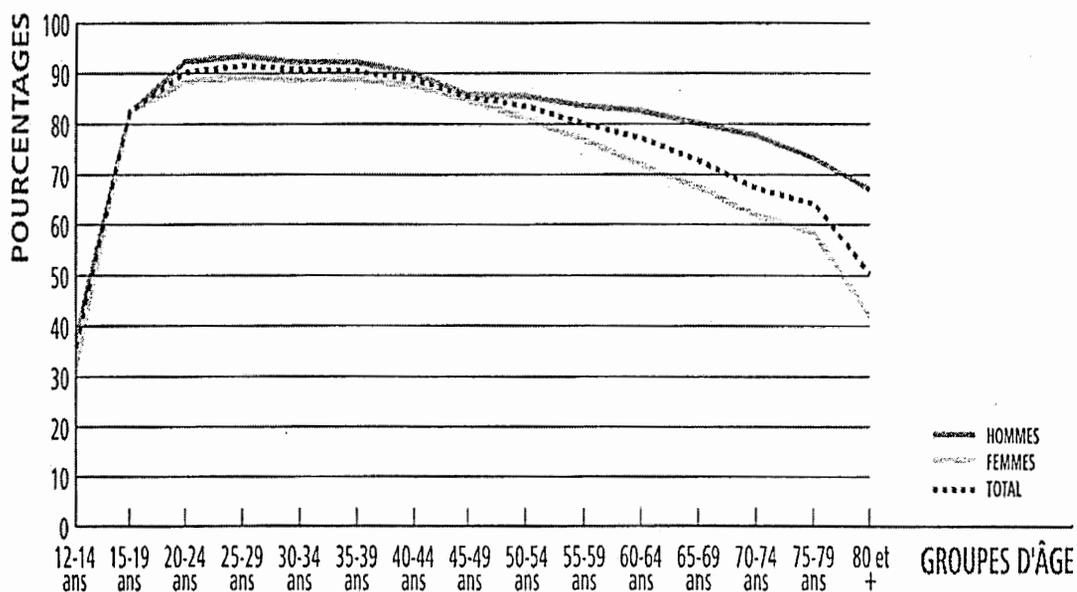
PRÉVALENCE DE CONSOMMATION ACTUELLE D'ALCOOL  
SELON LES PROVINCES CANADIENNES EN 2000-2001



Lorsque l'on porte une attention particulière à la situation au Québec, nous constatons que, comme l'illustre la figure 1.4 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Statistiques Canada, 2002), 35,9 % soit plus du tiers des jeunes de 12 à 14 ans consomment de l'alcool et que ce pourcentage augmente rapidement chez les 15-19 ans, pour atteindre un sommet chez les 25-29 ans avec un pourcentage de 90,8 %. La courbe devient descendante chez les 40-44 ans avec un pourcentage de 88,2 % de consommateurs actuels. À la lumière de ces résultats, il est également possible de confirmer qu'il y a toujours un plus grand pourcentage d'hommes qui consomment que de femmes, et ce, pour toutes les tranches d'âge (Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 2003).

Figure 1.4

PRÉVALENCE DE CONSOMMATION ACTUELLE D'ALCOOL  
SELON LES GROUPES D'ÂGE ET LE SEXE

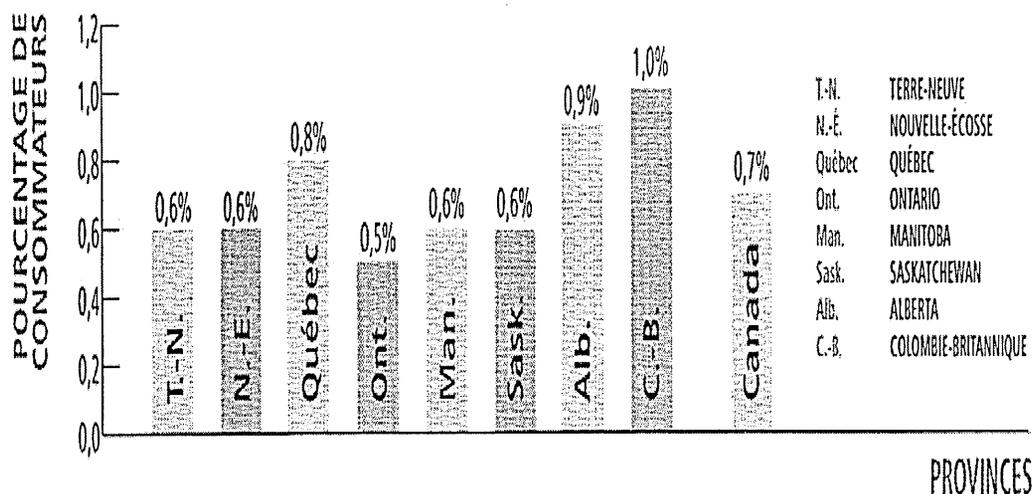


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1.

En ce qui concerne le risque de dépendance aux drogues illicites, nous constatons, comme l'illustre la figure 1.5 (Statistiques Canada, 2002), qu'au Québec, 0,8 % de la population interrogée est à risque d'être dépendante aux drogues illicites, se situant ainsi au troisième rang de l'ensemble des provinces canadiennes. Le taux québécois est encore une fois légèrement supérieur à la moyenne canadienne qui est de 0,7 %.

Figure 1.5

POURCENTAGE (PRÉVALENCE ACTUELLE) DE PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS À RISQUE D'ÊTRE DÉPENDANTES DES DROGUES ILLICITES, SELON LES PROVINCES CANADIENNES EN 2002



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être 2002.

En somme, les données ci-dessus nous démontrent que les troubles liés aux substances psychoactives sont présents au Québec, et ce, particulièrement chez les hommes. Ces résultats bonifient l'importance d'étudier davantage la relation entre le suicide et les troubles liés aux substances psychoactives.

### 1.5 Les troubles reliés aux substances psychoactives et le suicide

Les troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %, selon les études, et ce, excluant les cas d'intoxication aiguë et les troubles reliés aux médicaments (Tousignant et Payette, 1997). Le quart des personnes qui se suicident présente un trouble relié à l'alcool, ce qui représenterait au Québec, 300 personnes parmi les 1200 adultes qui se suicident annuellement. Quant au taux annuel de suicide chez les alcooliques au Québec, celui-ci est d'environ 140 par 100 000 en comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec un diagnostic autre que l'alcoolisme et de seulement de 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique (Tousignant et Payette, 1997). Concernant les drogues, ce sont les jeunes de moins de 25 ans, des deux sexes, qui représentent des risques plus élevés, alors que pour les drogues prescrites, les personnes hospitalisées pour dépendance sont à très haut risque de suicide, soit de 30 à 50 fois plus de risque que le taux établi par les statistiques usuelles. Enfin, 80 % de ces sujets souffrent aussi d'alcoolisme et 40 % abusent de drogues illégales, et ce, autant chez les hommes que les femmes.

### 1.6 Le risque à vie de mortalité par suicide

Les personnes ayant un trouble relié aux substances psychoactives ont-elles un risque plus élevé de décéder par suicide au cours de leur vie qu'une personne qui ne souffre pas d'un tel trouble?

Nous savons que la présence d'un trouble relié aux substances psychoactives (SPA) est souvent associée au suicide. Il semble donc opportun de se demander dans quelle mesure une personne présentant un trouble relié aux substances psychoactives est plus à risque de décéder par suicide qu'une personne qui ne souffre pas d'un tel trouble. Les réponses à cette question fondamentale jettent les bases sur lesquelles s'appuie la prévention des troubles reliés aux substances psychoactives.

### 1.6.1 Alcool

On peut se demander dans quelle mesure une personne alcoolique a un risque plus élevé de décéder par suicide au cours de sa vie qu'une personne non alcoolique. L'article synthèse de Murphy et Wetzel (1990) a bien résumé l'ensemble des études ainsi que leurs faiblesses méthodologiques. Nous savons que les patients traités à l'interne sont plus gravement atteints que ceux traités en externe faisant ainsi que le risque de suicide du premier groupe est donc plus élevé. L'ensemble des études établit à 25 %, avec une variation entre 15 % et 31 %, la proportion des cas de suicide qui présentaient un trouble d'abus ou de dépendance relié à l'alcoolisme (Murphy et Wetzel, 1990). L'étude de Rich et ses collaborateurs (1986) arrive à un pourcentage de 56 %. Une mise en garde est appropriée puisque cette étude s'est servie des critères très inclusifs d'abus du DSM-III, ce qui a fait l'objet de critiques. En fait, pour obtenir un diagnostic, seulement deux symptômes étaient requis, soit une période de consommation exagérée (« *overindulgence* ») et une conséquence négative reliée à la consommation. De plus, la durée minimale du symptôme n'était que d'un mois et les deux symptômes ne devaient pas nécessairement se manifester en même temps. L'étude de Lesage et ses collaborateurs (1994) utilise des critères plus restrictifs en utilisant ainsi le *Schizophrenia and Affective Disorders Schedule* (SADS) rapportant ainsi un taux de 24 % de dépendance et de 5 % d'abus d'alcool.

Tousignant et Payette (1997) ont expliqué les critères nécessaires au calcul du risque en plus d'offrir une appréciation des études antérieures. Leur procédure consiste à « estimer le nombre de suicides avec diagnostic d'alcoolisme à l'intérieur d'une période de douze mois et le nombre moyen d'alcooliques dans la population durant cette année. En prenant le premier élément comme numérateur et le second comme dénominateur, » le pourcentage d'alcooliques qui se suicident durant une année est donc produit. À la lumière de ces informations, il est possible d'estimer qu'au Québec, au moins 25 % des hommes qui se suicident présentent une dépendance à l'alcool. En se basant sur le nombre de décès par suicide chez les hommes en 2006, cela représente 225 hommes parmi les 900. Le taux annuel de suicide chez les alcooliques dans la province est d'environ 140 par 100, 000 par année; en comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique

sans alcoolisme et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique. Chez les alcooliques, les risques de suicide se manifestent le plus souvent à un stade avancé de la consommation abusive. Ainsi, la durée moyenne de l'alcoolisme avant le suicide est de 19 ans. C'est donc chez les hommes entre 45 et 50 ans que l'on retrouve le plus grand nombre d'alcooliques qui décèdent par suicide (Murphy et Wetzel, 1990).

Gelder et ses collaborateurs (1989) et Barraclough et Gill (1996) trouvent des taux de 15 % de risque à vie de décéder par suicide, notamment parce que ces derniers obtiennent leurs taux en se servant des dérivés des rapports de mortalité publiés entre les années 1921 et 1975 par la méthode statistique de « *plotting* » (distribution de chacune des études en fonction du pourcentage de mort contre le pourcentage de mort par suicide) (Miles, 1977). En utilisant la métaanalyse, où 27 études ont été retenues respectant les critères d'inclusion, Inskip, Harris et Barraclough (1998) ont obtenu un taux de 7 % de risque à vie de décéder par suicide pour la dépendance à l'alcool. Ces auteurs concluent alors que les taux cités dans la littérature sont trop élevés.

#### 1.6.2 Drogues illicites

En s'inspirant d'une étude effectuée dans la ville de New York (Marzuk et coll., 1992) auprès de consommateurs de cocaïne, on peut extrapoler le risque à vie de mortalité par suicide chez les toxicomanes qui abusent de drogues illicites. Dans cette étude, la cocaïne a été détectée chez 15 % des personnes décédées par suicide. Un suivi de 1 608 personnes des deux sexes traitées pour dépendance aux drogues en Norvège entre 1961 et 1992 rapporte que 2,7 % sont décédées par suicide sur un suivi moyen d'une douzaine d'années (Rossow, 1994). L'âge moyen à l'admission en traitement est de 25 ans. La cohorte de la décennie de 1960 utilise davantage les drogues obtenues par voie médicale comme la morphine et les barbituriques et a un risque de trois à quatre fois moins élevé que la cohorte des années 1970 qui est plus jeune et qui consomme de l'héroïne et d'autres drogues de rue. On constate dans les années 1980 une diminution de ce phénomène, laquelle diminution est difficilement interprétable. Les jeunes des deux sexes présentent des risques plus élevés que la catégorie de plus de 25 ans, ce qui concorde avec les données de Rich et Runeson (1992), voulant que la

consommation abusive de drogues soit de moins longue durée que celle de l'alcool avant le suicide. La durée de la consommation abusive de drogues avant le suicide est d'environ 12 ans. Cette catégorie de suicide se concentre donc dans une population plus jeune, soit d'environ 25 ans ou moins.

### 1.6.3 Drogues licites (médicaments)

Enfin, les toxicomanes qui abusent de médicaments prescrits ont aussi un risque élevé de suicide. Le risque est de 30 à 50 fois plus élevé chez un groupe de personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits lors de la période subséquente à leur hospitalisation que dans la population en général. Lors d'une étude suédoise qui a assuré un suivi de huit ans de 1 537 patients souffrant du trouble de dépendance ou d'abus aux psychotropes prescrits, 70 patients sont morts par suicide durant cette période (Allgulander, Brandt et Allebeck, 1994). Il faut noter que plus de 80 % d'entre eux présentent un tableau d'alcoolisme et 40 % abusent de drogues illégales. Une étude similaire menée en Allemagne rapporte un taux de mortalité par suicide de 7 % sur une période de six ans et demi au sein d'un échantillon de 248 personnes traitées pour un diagnostic mixte d'abus et de dépendance à des médicaments et à des drogues illégales (Poser, Poser et Eva-Condamerin, 1992).

### 1.7 Les psychotropes comme facteur déterminant du décès par suicide

Dans quelle mesure la présence d'alcool, de drogues ou d'une dose non létale de médicaments est un facteur déterminant des décès par suicide? Tousignant et Payette (1997) résument les études.

### 1.7.1 Alcool

Une étude australienne (1961-1982) établit que 36 % des personnes décédées par suicide avaient de l'alcool dans le sang au moment de leur décès, dont 25 % au-delà du seuil de 0,05 mg (Hayward, Subrick et Silburn, 1991). La catégorie de suicidés âgés entre 15 et 19 ans est la plus représentée. Le taux de 36 % de personnes suicidés avec de l'alcool dans le sang est similaire à celui rapporté par Kraft (1976, cité par Hayward et coll., 1991). Roizon (1982, cité dans Caces et coll., *Epidemiologic Bulletin* No 28) trouve un taux entre 20 % et 37 % aux États-Unis. Dans l'étude de San Diego, le taux se situe à 28 % et il est similaire chez les hommes et les femmes (Mendelson et Rich, 1993).

Au Manitoba (Sigurdson et coll., 1994), la moitié des autopsies médicales révèlent de l'alcool dans le sang et 31 % au-delà du seuil de 0,08 mg. Il faut préciser que l'échantillon comprend seulement les suicides de gens âgés de 15 et 24 ans. Le taux des tests positifs est particulièrement élevé dans les réserves autochtones (77 %). Brent et ses collaborateurs (1988) rapportent aussi un tiers de cas avec un taux de plus de 0,1 mg chez un échantillon d'adolescents. Cependant, il faut considérer que la présence d'alcool dans l'organisme au moment du suicide peut être la conséquence d'une intoxication isolée comme elle peut être liée aux habitudes d'alcoolisme chronique (Tousignant et Payette, 1997).

En ce qui concerne les alcooliques chroniques, Murphy (1992) croit que l'alcool est davantage un catalyseur qu'une cause immédiate. En analysant les histoires de vie de cas ( $n = 10$ ) avec un trouble lié à l'utilisation de l'alcool, Murphy (1992) identifie que ces derniers se sont suicidés quelques heures seulement après un événement majeur. Il démontre cependant que la préparation de l'acte suicidaire était déjà anticipée avant le début de la dernière intoxication qui a accompagné le suicide. Parmi ces derniers, six cas ( $n = 6 / 10$ ) avaient fait part de leur intention, et un autre cas avait fait allusion au désespoir vécu. Seulement deux cas ( $n = 2 / 10$ ) correspondraient davantage à un acte impulsif, sous le coup du moment et en état d'intoxication aiguë. Murphy (1992) croit que le suicide est généralement prémédité depuis un certain temps. Il conclut que le suicide chez les alcooliques est rarement impulsif, mais plutôt le produit d'une accumulation de circonstances adverses.

### 1.7.2 Drogues

Dans leur article où ils analysent les causes de décès chez les toxicomanes, Jeanmonod et Fryc (1990) rapportent que le suicide et les accidents sont les causes principales de décès, soit dans 40 % des cas. Tardiff et ses collaborateurs (1989; cité dans Markuz et coll., 1992) estiment que le suicide est la cause de 7 % de la mortalité chez les consommateurs de crack à New York. Ce taux peut paraître élevé, mais il faut le corriger en fonction des caractéristiques sociodémographiques des consommateurs qui sont de jeunes hommes (Tousignant et Payette, 1997).

Dans l'étude de Oyefeso, Ghodse, Clancy et Corkery (1999) portant sur le suicide chez les toxicomanes au Royaume-Uni, ils rapportent que la méthode de suicide la plus commune est le surdosage, soit dans 45 % des cas. De plus, leurs résultats confirment que les toxicomanes sont encore plus à risque de suicide que la population. Dans leur étude prospective portant sur les troubles liés aux opiacés chez les toxicomanes hospitalisés à Oslo, Bjornaas et ses collaborateurs (2008), démontrent que le risque de décès par suicide chez ces derniers est significativement plus élevé par rapport à la population en générale où ils obtiennent un taux de 7,1 % pour le suicide comme cause de décès.

Brådvik et collaborateurs (2009) ont démontré, dans leur étude combinant les dossiers médico-légaux et les études de cas, qu'il y a un plus grand risque de décès par des suicides liés à l'utilisation de substance, notamment l'héroïne.

Calabria, Degenhardt, Hall et Lynskey (2010), ont recensé la littérature et les données épidémiologiques concernant les effets liés à l'utilisation du cannabis sur le nombre de décès par suicide, notamment si la consommation du cannabis augmentait le risque de décès par suicide. Ils concluent, en raison des études peu nombreuses, qu'il est difficile de déterminer si l'utilisation du cannabis augmente le risque de décès par suicide.

### 1.7.3 Médicaments

Une étude en collaboration entre les États-Unis et l'Angleterre (Derby, Jick et Dean, 1992) comptabilise le nombre de suicides chez les personnes ayant des prescriptions d'antidépresseurs. Le taux de suicide pour les utilisateurs récents et moins récents se situe entre 5 et 8 par 10 000 années-personnes. Chez les personnes avec prescription d'antidépresseurs, l'emploi de ce médicament pour se suicider varie entre 5 % et 18 %. On peut donc conclure que les personnes qui reçoivent des antidépresseurs ont plus de risques de se suicider par ce moyen que celles qui n'en reçoivent pas (Tousignant et Payette, 1997).

L'emploi du lithium est moins important pour le suicide. Sur 1, 397 cas de suicide en Finlande, en 1987-1988, deux sont attribuables au lithium directement, mais elles représentent en fait 10 % des personnes qui reçoivent ce médicament (Imosetsä et coll., 1995).

L'étude de Oyefeso, Ghodse, Clancy et Corkery (1999) confirme que les toxicomanes sont encore plus à risque de suicide que la population générale et que les médicaments prescrits, notamment les antidépresseurs et de méthadone, influence cette augmentation du risque.

En somme, l'objet ici n'est pas de lier de façon causale la consommation de substances au suicide, ou d'identifier les troubles liés à la consommation de substances comme un déclencheur, mais bien de faire ressortir l'interaction, et d'établir comment la consommation peut être un facteur déterminant dans le cumul de facteurs menant au suicide. À cet effet, les prochaines sections présentent les diagnostics retrouvés habituellement dans cette interaction ainsi que les facteurs de risque qui y sont associés.

### 1.8 La psychopathologie et le suicide

Il est déjà connu que le suicide est fortement corrélé à la présence d'un diagnostic psychiatrique. Puisqu'un aspect central de cette étude est le suicide chez les personnes ayant un trouble relié à une substance psychoactive, une description de la présence des diagnostics

d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et aux drogues (illicite ou licites) chez les personnes décédées par suicide, soit de façon isolée, soit en comorbidité, est donc proposée. De plus, un point d'intérêt est d'explorer si certains diagnostics tels le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation ont une prédominance dans l'interaction.

Nombre d'études s'entendent pour dire que les troubles mentaux sont des facteurs associés dans l'étiologie du suicide et cela pour les deux sexes. Nous tenterons de préciser l'incidence de ces facteurs pour l'homme par un survol des différentes études traitant du sujet.

Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) ont conduit une métaanalyse incluant vingt-sept études comptant 3275 suicides pour lesquels 87,3 % des cas ont un diagnostic psychiatrique avant le décès. Lorsque comparées, des différences significatives sont relevées entre les sexes concernant les troubles psychiatriques, et ce, malgré une mise en garde quant à un biais méthodologique potentiel relié à l'âge (les femmes dans les études étaient plus âgées que les hommes). Ainsi, le risque pour l'alcool ( $OR = 2,19$ ; 95 %  $CI : 1,63-2,95$ ), les autres substances ( $OR = 2,02$ ; 95 %  $CI : 1,32-3,10$ ), et tout autre problème relié aux substances ( $OR = 3,58$ ; 95 %  $CI : 2,78-4,61$ ), les troubles de la personnalité ( $OR = 2,01$ ; 95 %  $CI : 1,38 -2,95$ ) et les troubles liés à l'enfance ( $OR = 4,95$ ; 95 %  $CI : 2,69-9,31$ ) était plus grand chez les hommes comparativement aux femmes. De plus, lorsque la région géographique de provenance de l'étude est statistiquement contrôlée, un taux plus élevé de troubles associés à l'utilisation de substance est trouvé pour l'Amérique du Nord (40.1 %), alors que le taux le plus bas de 18.6 % est trouvé en Europe. Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) concluent que la psychopathologie est liée au risque suicidaire, et que les différences produites par les variables « sexe masculin » et « région géographique » donnent des indicateurs quant à la proportion des troubles psychiatriques spécifiques chez les suicidés.

Chez les hommes, nous retrouvons généralement une présence importante de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, soit 2,5 à 4 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes (Bland, Orn et Newman, 1988; Kessler et coll., 1994; Robins et Regier, 1991).

Henriksson et ses collaborateurs (1993) procèdent à une autopsie psychologique de 229 personnes (n=229) en Finlande, soit 172 hommes et 57 femmes. Cette étude révèle que 93 % (n=214) des cas reçoivent un diagnostic de l'axe I. Par ailleurs, l'abus ou la dépendance à l'alcool est diagnostiqué dans 43 % des cas, soit davantage chez les hommes (39 %) que les femmes (18 %), et l'abus de substance n'inclut que 5 % des cas.

Il existe donc une association entre la psychopathologie et le suicide chez les hommes. Afin de préciser davantage, un survol des diagnostics les plus communs associés au suicide est proposé. Les études sur les suicides complétés reconnaissent un taux élevé de psychopathologie, soit entre 90 % et 100 %. Plusieurs études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique réalisée aux États-Unis, en Angleterre, au Canada et dans les pays scandinaves, démontrent que 79 % à 100 % des personnes qui se suicident souffraient de troubles mentaux au moment de leur décès (Tanney, 2000). Les diagnostics d'abus et/ou de dépendance aux substances, les troubles de l'humeur (troubles dépressifs) ainsi que les troubles de personnalité sont les plus communément recensés. Un tableau qui résume les données des études est présenté à la fin de cette section.

#### 1.8.1 Troubles liés à l'utilisation de substances

Chez les hommes, une présence importante de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives se retrouve de 2,5 à 4 fois plus souvent que chez les femmes (Bland, Orn et Newman, 1988; Kessler et coll., 1994; Robins et Regier, 1991). L'appendice B résume les données pertinentes.

Dans une étude comptant 427 cas de suicide (343 hommes et 84 femmes) comparés à un groupe-témoin du même nombre, Kõlves, Värnik, Tooding et Wasserman (2006) ont rapporté que le diagnostic d'abus d'alcool est trouvé dans 10,2 % des cas de suicide, comparativement à 7,1 % chez les cas-contrôle. En ce qui concerne le diagnostic de dépendance à l'alcool, celui-ci est retrouvé dans 50,6 % des cas de suicide comparativement à 14,4 % pour les cas contrôle. D'ailleurs, lorsque comparés avec des « utilisateurs modérés » d'alcool du groupe

contrôle, l'abus et la dépendance à l'alcool sont, statistiquement parlant, des prédicateurs du suicide (OR = 6,8; 95 % CI: 3,4 -13,7). L'abus et la dépendance à l'alcool sont diagnostiqués dans 68,3 % des cas chez les hommes et dans 28,6 % chez les femmes.

Séguin et ses collaborateurs (2006) ont porté une attention particulière à la prévalence des taux de psychopathologie chez les personnes décédées par suicide lors d'une étude menée au Nouveau-Brunswick comptabilisant tous les cas de suicide ayant eu lieu entre le mois d'avril 2002 et le mois de mai 2003 (n = 102; 85 hommes et 17 femmes). Ils ont constaté que dans 59 % des cas, la personne décédée avait reçu un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et dans 42 % des cas à ce diagnostic s'ajoutaient un diagnostic de trouble de l'humeur. Quant à la prévalence « à vie » du diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, un taux de 66 % est relevé.

L'étude québécoise cas-témoin de Lesage et collaborateurs (1994) comprend 75 hommes âgés entre 18 et 35 ans décédés par suicide (n = 75). Près d'un quart de l'échantillon a une dépendance à l'alcool et un quart présente une dépendance aux drogues, notamment à la cocaïne (13/17 des cas de drogue), ainsi qu'une superposition de ces derniers. Quarante-deux pour cent (92 %) de l'échantillon reçoivent au moins un diagnostic pour les six derniers mois avant le décès, et parmi ce groupe, 69,3 % reçoivent deux diagnostics. La dépendance à l'alcool ou à la drogue, qui figure parmi les troubles les plus fréquents, augmente, respectivement de 5,6 et 10,7 le risque de suicide.

L'étude utilisation l'autopsie psychologique de Henriksson et ses collaborateurs (1993) révèle que l'abus ou la dépendance à l'alcool est diagnostiqué dans 43 % des cas, soit davantage chez les hommes (39 %) que les femmes (18 %). L'abus de substance n'inclut que 5 % des cas. Seulement 8 % des cas ne présentent pas de comorbidité, faisant en sorte que l'alcoolisme sans comorbidité est peu fréquent.

Beautrais (2000) a résumé les connaissances quant aux facteurs de risque pour le suicide et les tentatives de suicide chez les jeunes. Les études incluses dans le résumé devaient répondre aux critères suivants, à savoir, qu'elles avaient utilisé la méthode de l'autopsie psychologique

ou des études « case-control » et qu'elles étaient publiées en anglais, entre les années 1980 à 1998, portant sur les jeunes (15-24 ans), avec un échantillon de plus de vingt et un taux de réponse de plus de 50 %. Suite à sa recension, l'auteure identifie six « domaines » de facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes, dont la présence de troubles mentaux entre autres, les troubles liés à l'utilisation de substances (Beautrais, 2000).

Une étude australienne compare un groupe de suicidés âgés de 15 à 24 ans à un groupe de 45 à 49 ans (Graham et Burvill, 1992). L'abus de substances, principalement le cannabis, est plus commun chez les jeunes, alors que l'abus d'alcool est deux fois plus élevé chez les 45-49 ans. L'abus d'alcool est le diagnostic principal pour 3 % des suicides chez les plus jeunes et pour 10 % chez les plus vieux. Il est à souligner que le trouble d'abus de substances est presque toujours secondaire, d'où les faibles taux rapportés ici.

Pour sa part, l'étude de Rich et ses collaborateurs (1986) auprès de gens décédés par suicide a démontré qu'il y avait significativement plus d'abus de substances (alcool, marijuana et cocaïne) chez les moins de 30 que chez les gens âgés de plus de 30 ans.

La revue de la littérature de Brent (1995) démontre que la présence de problèmes légaux, les problèmes de discipline et la présence de perte interpersonnelle se retrouvent davantage chez les jeunes décédés par suicide qui abusaient de substances que chez les jeunes ayant des troubles de conduite.

En somme, il est difficile de comparer les prévalences des troubles SPA à cause des échantillons et des méthodologies très diverses. L'étude de San Diego (Rich, Young et Fowler, 1986) produit un taux de 55 % uniquement pour les troubles liés à l'alcool parce qu'elle utilise des critères très englobants. L'étude québécoise (Lesage et ses collaborateurs, 1994), menée auprès des hommes de moins de 35 ans seulement, fournit un taux de près de 30 % pour les problèmes liés aux drogues illégales seulement et également pour les problèmes liés à l'alcool. L'étude finnoise rapporte un taux de dépendance/abus relié à l'alcool de 43 % (Henriksson et ses collaborateurs, 1993) avec un échantillon du total des suicides et une étude suédoise avec un échantillon similaire indique un taux de 47 % de

troubles SPA (Allgulander, Brandt et Allebeck, 1994). On peut toutefois conclure que les taux des troubles SPA (abus et dépendance) varient entre 30 % et 47 %, ce qui comprend entre le tiers et la moitié des suicides. Ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë ou autres problèmes reliés à l'alcool, ni les troubles reliés à la consommation de drogues licites. Il peut donc être avancé que les problèmes reliés aux SPA sont impliqués, minimalement, dans plus de la moitié des suicides.

### 1.8.2 Troubles de l'humeur

De façon générale, les études tendent à démontrer qu'il existe un haut taux de troubles de l'humeur associés au suicide. Dans leur étude menée au Nouveau-Brunswick, comptabilisant tous les cas de suicide ayant eu lieu entre le mois d'avril 2002 et le mois de mai 2003 (n = 102; 85 hommes et 17 femmes), Séguin et ses collaborateurs (2006) ont porté une attention particulière à la prévalence des taux de psychopathologie chez les personnes décédées par suicide. Ils ont trouvé que 65 % des victimes de suicide avaient, au moment du décès, un diagnostic de trouble de l'humeur.

Selon l'étude québécoise cas-témoin (75 sujets vivants) de Lesage et collaborateurs (1994) qui comprend 75 hommes âgés entre 18 et 35 ans décédés par suicide, les troubles les plus fréquents sont la dépression majeure, qui est associée à un risque 11,2 fois plus élevé de suicide chez l'homme.

Dans leur étude utilisant l'autopsie psychologique auprès de 229 personnes (n=229) en Finlande, soit 172 hommes et 57 femmes, Henriksson et ses collaborateurs (1993), obtiennent un taux de 93 % (n=214) des cas qui reçoivent un diagnostic de l'axe I, où le trouble le plus commun est associé aux troubles de l'humeur (66 %). Cependant, celui-ci est souvent présent en comorbidité (*voir* section ci-dessous).

Suite à une recension des données faisant état des connaissances actuelles sur le sujet, Beautrais (2000) identifie six « domaines » de facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes, dont, entre autres, la présence de troubles mentaux, notamment les troubles de l'humeur.

### 1.8.3 Trouble de l'opposition et Trouble de la conduite

Il apparaît pertinent de porter un regard sur certains diagnostics qui figurent dans la nomenclature du DSM-IV, à savoir dans la rubrique « troubles habituellement diagnostiqués durant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence », particulièrement dans la catégorie de troubles intitulée « Déficit de l'attention et comportement perturbateur » (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Les diagnostics qui y figurent, sont, entre autres, le trouble de l'apprentissage, le trouble déficit de l'attention et comportements perturbateurs et le trouble oppositionnel. Il est d'intérêt de connaître, en matière d'étiologie suicidaire, si un lien quelconque existe entre la présence de certains de ces troubles, habituellement tôt en âge, et l'apparition de troubles psychiatriques subséquents, à l'âge adulte. Une mise en garde est toutefois indiquée dans l'association du suicide avec ces troubles, particulièrement en ce qui concerne les facteurs liés au développement de ces troubles. Dans leur examen critique de la recension des écrits portant sur les prédicateurs de l'inadaptation au cours de la période de la jeune enfance Trudel, Puentes-Neuman et Ntebutse (2002) mettent en évidence la nécessité d'investiguer les processus conduisant certains enfants à vivre des problèmes d'adaptation alors que d'autres réussissent à bien s'adapter malgré l'adversité. Les sources de stress, le contexte environnemental, le processus d'interaction de la personne et son environnement, les caractéristiques intrinsèques de la personne, le processus de résilience et le niveau d'adaptation de la personne sont tous des composantes à considérer pour comprendre le processus d'adaptation de l'enfant (Glantz, 1999, cité dans Trudel, Puentes-Neuman, et Gain Ntebutse, 2002). Ainsi, puisque le consensus sur le développement des trajectoires conduisant à l'inadaptation ne fait pas l'unanimité parmi les chercheurs, il faut faire preuve de prudence lorsque le suicide est associé à ces troubles.

Plusieurs études (Diekstra, Kienhorst et de Wilde, 1995; Spirito, Brown, Overholser et Fritz, 1989; Wagner, 1997; Andrews et Lewinsohn, 1992) ont démontré la présence d'un lien entre le suicide et certains « troubles habituellement diagnostiqués à l'enfance ou à l'adolescence », soit le trouble déficitaire de l'attention, les troubles de la conduite et le trouble d'opposition. Ainsi, les études portant sur les facteurs de risque rapportent que plus de 90 % des adolescents qui se suicident présentent au moins un trouble mental majeur.

Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) ont conduit une métaanalyse incluant vingt-sept études comptant 3275 suicides pour lesquels 87,3 % des cas obtiennent un diagnostic psychiatrique avant le décès. Lorsque comparées, des différences significatives sont relevées entre les sexes concernant les troubles psychiatriques. Ainsi, le risque pour les troubles liés à l'enfance (OR = 4,95; 95 % CI : 2,69-9,31) est plus grand chez les hommes comparativement aux femmes.

Renaud (2004), en se basant sur les études existantes traitant du suicide, indique la présence de troubles des conduites qui varie entre 22 et 46 %, et qui est plus fréquemment associée aux garçons.

Dans sa recension des écrits portant sur les facteurs de risque pour le suicide, Beautrais (2000) a identifié les troubles comportementaux ou antisociaux comme étant un des six « domaines » de facteurs de risque associé au suicide chez les jeunes.

Or, les conduites antisociales, qui sont symptomatologiques de différents troubles, entre autres le trouble des conduites et le trouble oppositionnel, se sont avérées être plus fréquentes chez les cas de suicide de moins de trente ans comparativement aux plus vieux (Rich, Young et Fowler, 1986). Shaffer et ses collègues (1996) ont trouvé, quant à eux, que les troubles de la conduite sont associés au suicide, particulièrement chez les adolescents masculins plus âgés, et ce, de façon plus démarquée lorsqu'il y a comorbidité avec les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles de l'humeur.

Dumais et ses collaborateurs (2005), ont trouvé que l'impulsivité et les comportements agressifs, qui sont également symptomatologiques de certains troubles, étaient associés au risque de décès par suicide chez les hommes vivant un épisode de dépression majeure, et ce, particulièrement chez les cas plus jeunes, à savoir chez les cas âgés entre 18 et 40 ans.

#### 1.8.4 Comorbidité

En 1970, Feinstein a défini la comorbidité comme étant « toute entité distincte supplémentaire qui a existé ou pouvant survenir durant l'évolution clinique d'un patient qui a la maladie d'index à l'étude » (Feinstein, 1970).

Pour bien comprendre ce qu'est la comorbidité, il faut d'abord savoir que la morbidité est toute déviance subjective ou objective d'un état de bien-être physique ou psychologique, donc, toute maladie. Une comorbidité, selon le dictionnaire médical, est donc une atteinte simultanée de plusieurs pathologies physiques ou mentales, indépendamment de l'importance relative de ces pathologies. Il s'agit simplement, de la présence de plusieurs maladies à la fois chez un même patient (Broers, 2005).

Lorsque l'on s'attaque à la question de comorbidité en lien avec le diagnostic des troubles liés aux substances psychoactives, nous rencontrons un problème de définition, car le concept de comorbidité est défini différemment dans le dictionnaire médical et en médecine de l'addiction (Broers, 2005).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1995) définit la comorbidité, ou le double diagnostic, comme étant la « cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ». Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC, 2000), le double diagnostic est lorsqu'« une personne qui a été diagnostiquée comme présentant un abus d'alcool ou de drogue en plus d'un autre diagnostic, habituellement de nature psychiatrique, par exemple un trouble de l'humeur, une schizophrénie » (ONU DCPC, 2000).

Il y a donc deux définitions pour traduire deux réalités différentes. Dans le premier cas, il s'agit d'une atteinte simultanée de plusieurs pathologies, indépendamment laquelle est la première, alors que dans la seconde définition, la comorbidité fait référence à l'ajout, concomitant, d'un autre trouble.

Selon Broers (2005), la définition médicale prévaut pour comprendre la comorbidité où il s'agit d'une atteinte simultanée de plusieurs pathologies, indépendamment quelle est la première. Dans ce contexte, la comorbidité fait référence à la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de personnalité, dont l'un d'eux est la consommation problématique de substances psychoactives.

Dans leur revue de la littérature portant sur les différentes définitions de la comorbidité, Valderas et ses collaborateurs (2009) rappellent que le concept de base est la présence de plus d'une condition distincte chez un même individu. Alors que le concept est toujours utilisé comme un construit directement relié à la personne, quatre types de distinctions majeures sont apportées, à savoir, 1) la nature de l'état de santé, 2) l'importance relative des troubles concomitants, 3) la chronologie dans laquelle se présentent les conditions concomitantes, et 4) les conceptualisations élargies (Valdera et coll., 2009).

Valderas et ses collaborateurs (2009) ajoutent que la définition de la comorbidité prend son importance en fonction de son utilité. Il y a ainsi trois principaux domaines de recherche où il est important de considérer les distinctions ci-dessus mentionnées, soit, 1) les interventions et les soins cliniques, 2) les recherches épidémiologiques et les intérêts liés à la santé publique, et 3) la planification et le financement des services de soins.

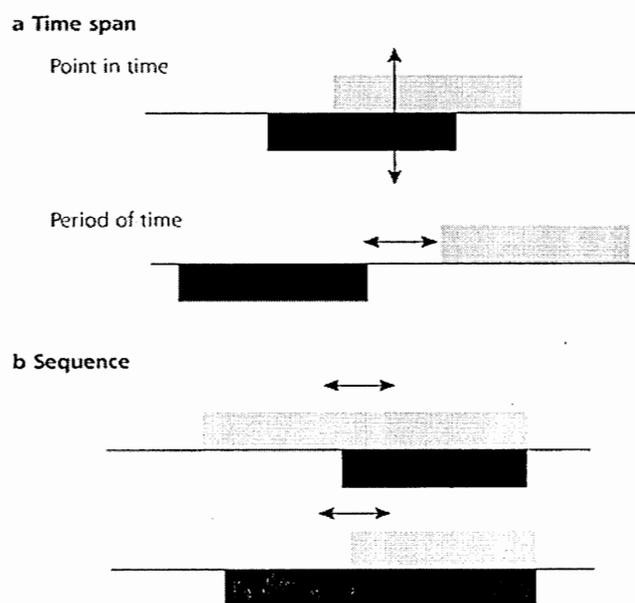
Nous abordons brièvement la question de la chronologie dans laquelle se présentent les troubles concomitants puisque cet aspect en est un pertinent pour cette étude. Valderas et ses collaborateurs (2009) suggèrent que l'intervalle de temps et le synchrone sont des considérations importantes reliées à la chronologie. L'intervalle de temps fait référence à la période de temps dans laquelle deux ou plusieurs conditions sont évaluées. Le concept de synchrone, ou concomitance, n'a pas toujours fait l'objet des études concernant les problèmes

de santé mentale concomitants, toutefois il a été d'un intérêt considérable dans les troubles concomitants sur une période de temps, sans que ceux-ci soient nécessairement présents en même temps. De plus, une question distincte, mais connexe, est l'ordre dans lequel les comorbidités apparaissent, ce qui peut avoir d'importantes implications pour la genèse, le pronostic et le traitement.

Tel qu'illustré à la figure 1.6 (tiré de Valderas et coll., 2009), chaque bloc ombragé représente la durée d'une maladie ou un trouble différent. La section (a) de la figure explique que deux troubles peuvent soit être présents au même point dans le temps (flèche verticale), ou se produire à un certain moment donné pendant cette même période sans être simultanément présents (flèche horizontale). La section (b) de la figure démontre qu'indépendamment de la période de temps sélectionnée, c'est la séquence dans laquelle les maladies apparaissent qui est d'un intérêt particulier, surtout dans études étiologiques d'association.

Figure 1.6

Aspect chronologique de la comorbidité



Dans les études portant sur la comorbidité et les diagnostics de troubles liés aux substances psychoactives les auteurs ne fournissent pas explicitement leur définition ou leur construit du concept de comorbidité. Nonobstant, chez les cas de suicide présentant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, la présence de comorbidité associée au suicide est plus fréquente que pour les cas présentant un seul diagnostic psychiatrique. Cette section présente les comorbidités les plus communes associées aux troubles liés à l'utilisation de substances.

Tel que mentionné ci-dessus, dans leur étude menée au Nouveau-Brunswick, Séguin et ses collaborateurs (2006) ont porté une attention particulière à la prévalence des taux de psychopathologie chez les personnes décédées par suicide. Ils ont trouvé, que 65 % des victimes de suicide avaient, au moment du décès, un diagnostic de trouble de l'humeur, alors que 59 % avaient un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et que 42 % avaient, à la fois, un diagnostic de troubles de l'humeur ainsi qu'un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Dumais et ses collaborateurs (2005) ont réalisé une étude portant sur les facteurs de risque des suicidés qui, au moment du décès, étaient dans un épisode de dépression majeure. Ainsi, cent quatre hommes ( $n = 104$ ) décédés par suicide avec un diagnostic de dépression majeure ont été comparés à soixante-quatorze ( $n = 74$ ) sujets vivants avec un diagnostic de dépression majeure. Ils ont trouvé que la présence de diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool associé au diagnostic d'abus ou de dépendance aux drogues augmente le risque pour le suicide. Ainsi, la prévalence des taux pour les diagnostics de troubles liés aux substances psychoactives est significativement plus élevée chez les cas de personnes décédées par suicide que chez le groupe contrôle. De la sorte, le groupe composé de cas décédés par suicide se situe à un taux de 35,6 % en ce qui a trait au diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool « lors des six derniers mois » alors que le groupe contrôle a un taux de 14,9 % (OR = 3,16; 95 % CI : 1,42 -7,45). Par ailleurs, le groupe décédé par suicide se retrouve à un taux de 41,3 % lorsqu'il s'agit d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool « à vie » alors que le groupe contrôle a un taux de 28,4 % (OR = 1,78; 95 % CI : 0,90-3,57). Pour le groupe décédé par suicide ayant des diagnostics liés à l'utilisation de drogues « lors des six derniers

mois » un taux de 16,3 est relevé comparativement au groupe contrôle dont le taux se situe à 5,4 % (OR = 3,42; 95 % CI : 1,04-14,52). Concernant le diagnostic « à vie » d'abus ou de dépendance aux drogues, nous observons un taux de 24,0 % pour les cas décédés par suicide en comparaison à un taux de 14,9 % pour le groupe contrôle (OR = 1,81; 95 % CI : 0,78-4,40). De cette façon, chez les hommes qui ont un trouble de dépression majeure, la présence d'abus ou de dépendance à l'alcool lors des six derniers mois précédents le suicide augmente le risque pour le suicide. Cependant, lorsque les autres facteurs significatifs sont contrôlés, la présence d'abus ou de dépendance à l'alcool n'est plus significative, ce qui peut être dû au fait que plus de la moitié des cas ayant un tel diagnostic ont également un diagnostic d'abus ou de dépendance aux drogues (Dumais et collaborateurs, 2005).

L'étude québécoise cas-témoin de Lesage et ses collaborateurs (1994) comprend 75 hommes âgés entre 18 et 35 ans décédés par suicide (n = 75). Près d'un quart de l'échantillon a une dépendance à l'alcool et un quart présente une dépendance aux drogues, notamment à la cocaïne (13/17 des cas de drogue. Quatre-vingt-douze pour cent (92 %) de l'échantillon reçoivent au moins un diagnostic pour les six derniers mois avant le décès, et parmi ce groupe, 69,3 % reçoivent deux diagnostics. Les troubles les plus fréquents sont la dépression majeure qui est associée à un risque 11,2 fois plus élevé de suicide chez l'homme, la dépendance à l'alcool ou à la drogue augmente, respectivement, de 5,6 et de 10,7 fois le risque de suicide et la personnalité limite de 9,3 fois le risque. D'ailleurs, 64 % des cas de suicides ont au moins un de ces trois diagnostics et 28 % en ont deux.

L'étude de Henriksson et ses collaborateurs (1993) portant sur 229 personnes décédées par (n=229), soit 172 hommes et 57 femmes révèle que 93 % (n=214) reçoivent un diagnostic de l'axe I, où le trouble le plus commun est associé aux troubles de l'humeur (66 %). Nous retrouvons à proportion de 31 % un diagnostic relié aux troubles de la personnalité. Par ailleurs, l'abus ou la dépendance à l'alcool est diagnostiqué dans 43 % des cas, soit davantage chez les hommes (39 %) que les femmes (18 %). L'abus de substance n'inclut que 5 % des cas. Parmi les sujets avec un diagnostic principal de dépression majeure, 24 % présentent un diagnostic de dépendance à l'alcool, et 4 % un diagnostic d'abus d'alcool. Parmi les sujets avec un diagnostic principal de dépendance à l'alcool (n = 77), 22 % reçoivent un diagnostic

de dépression majeure, 26 % un diagnostic de trouble dépressif autre et 42 % un diagnostic de trouble de personnalité. Seulement 8 % ne présentent pas de comorbidité. La dépression majeure « pure » et l'alcoolisme sans comorbidité sont peu fréquents.

Dans une autre étude finlandaise portant sur 75 alcooliques et 69 non-alcooliques décédés par suicide, 65 % de cas de chaque groupe reçoivent un diagnostic de dépression, confirmant ainsi l'importante comorbidité avec un syndrome dépressif autant chez les alcooliques que chez les non-alcooliques (Heikkinen et coll., 1994).

Rich et Runeson (1992) procèdent à une étude comparative de suicidés concernant la comorbidité entre les États-Unis (San Diego) et la Suède (Göteborg) sur la base d'un échantillon de trouble de personnalité limite uniquement. Dans les deux études, la majorité des cas de comorbidité sont des cas de dépression avec abus de substances. L'abus de substances est présent dans 44 % des cas et la dépression entre 45 % et 86 %.

Dans sa monographie, Murphy (1992) mentionne que moins d'un quart des suicides reliés à un diagnostic d'alcoolisme (22 %) ne présentent pas un autre diagnostic et 72 % des sujets répondent aux critères d'un trouble affectif majeur, en majorité de caractères dépressifs.

Dans leur étude comparant un groupe de 67 hommes alcooliques décédés par suicide avec un groupe de 106 hommes alcooliques vivants, Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992), rapportent une forte comorbidité chez les personnes décédées par suicide, où 58 % souffraient également de dépression majeure, comparativement à 5 % des cas témoins.

En somme, la comorbidité est très élevée chez les alcooliques qui se suicident, notamment concernant les troubles de l'humeur et les troubles de personnalité. Entre la moitié et les trois quarts des cas ont un trouble dépressif et la moitié au moins un trouble de personnalité. Le diagnostic relié à l'alcool n'est primaire que dans la moitié des cas environ et il est conséquent à un autre diagnostic dans les autres cas. Alors que cette étude porte sur les hommes âgés entre 18-55 ans, décédés par suicide, il est également opportun de mentionner la prévalence et la comorbidité chez les cas plus jeunes.

### 1.8.5 Comorbidité : Antécédents à l'adolescence

En sachant que la durée de l'alcoolisme et de la toxicomanie est généralement de longue haleine, il est d'intérêt de faire une brève revue des connaissances concernant les troubles liés à l'utilisation de substance psychoactive à l'adolescence. Un lien certain est établi dans la littérature quant aux suicides des adolescents et la psychopathologie, particulièrement concernant les troubles de l'humeur et les troubles reliés aux substances actives. De plus, le diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives est souvent présent à titre de comorbidité.

Déjà en 1991, Marttunen et ses collaborateurs ont étudié la psychopathologie chez les adolescents âgés entre 13 et 19 ans, décédés par suicide. Le trouble le plus prévalent, à raison de 51 %, était les troubles de l'humeur (troubles dépressifs) alors que la dépendance ou l'abus d'alcool était présent chez 26 % de l'échantillon. Chez ces derniers, il y avait également la présence d'un autre diagnostic psychiatrique principal. Ainsi, Marttunen et collaborateurs (1991) avaient déjà établi un lien entre la présence de la dépression, les comportements antisociaux et l'abus d'alcool chez les adolescents suicidés. Alors que difficile à établir à l'adolescence, les résultats de l'étude démontraient également que les troubles de personnalités étaient présents dans 32 % des cas. Les troubles de personnalités, notamment de type limite et antisocial, étaient présents en comorbidité avec les troubles reliés aux substances psychoactives.

Suite à sa recension de la littérature concernant le suicide chez les adolescents, Brent (1995) soutient que les facteurs de risques les plus importants associés aux suicides complétés et aux tentatives chez les adolescents sont les troubles mentaux et l'abus de substances. Il met également en évidence l'importante comorbidité entre les troubles reliés aux substances et les troubles affectifs.

Plusieurs efforts ont été consacrés à comprendre la sous-strate de la psychopathologie reliée aux suicides complétés, ayant ainsi révélé le rôle des troubles de l'humeur, de l'abus de substance et des troubles de conduites sur le risque suicidaire (Brent et coll., 1988, 1993;

Shaffer et coll., 1996). La présence de taux plus élevé de suicide chez les adolescents plus âgés, de sexe masculin, s'expliquerait par une plus grande intention suicidaire, une utilisation de méthodes plus violentes, une plus grande prévalence dans les taux des troubles antisociaux et des troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives, ainsi qu'une plus grande vulnérabilité aux stressors tels que les difficultés légales, financières et aux pertes interpersonnelles (Gould et coll., 1996; Rich et coll., 1988; Shaffer et coll., 1996). Ainsi, une plus grande prévalence de psychopathologie chez les adolescents plus âgés est également notée dans les études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique (Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldorsen, 1998; Shaffer et coll., 1996), ce qui est également retrouvé dans les études épidémiologiques développementales (Cohen et coll., 1993). La dissemblance entre les taux de psychopathologies entre les adolescents plus jeunes et ceux plus âgés est due à la plus grande prévalence de l'abus de substances psychoactives retrouvé dans le groupe des adolescents plus âgés (Groholt et coll., 1998; Shaffer et coll., 1996).

L'étude de Shaffer et ses collaborateurs (1996), qui ont utilisé la méthode de l'autopsie psychologique auprès de jeunes de moins de 20 ans décédés par suicide ( $n = 120$ ), ont révélé qu'un trouble d'humeur, seul ou en comorbidité avec des troubles de la conduite ou l'abus de substances, était présent chez la plupart de ses sujets. En effet plus de 90 % des cas ont satisfait les critères diagnostiques de ces troubles, où 61 % des cas ont satisfait les critères diagnostiques pour les troubles de l'humeur ( $n = 73 / 119$ ), 50 % ont satisfait les critères pour les troubles comportementaux (troubles de la conduite, trouble de l'opposition, trouble déficitaire de l'attention) ( $n = 60 / 119$ ), alors que 42 % répondent aux critères diagnostiques pour les troubles liés à l'utilisation de substance. La présence d'un diagnostic de troubles liés aux substances était un facteur de risque uniquement chez les garçons attendu que l'abus de substances était recensé seulement chez cette cohorte. Dans l'étude de Shaffer et ses collaborateurs (1996), nous remarquons également que la prévalence de troubles psychiatriques, particulièrement concernant les troubles reliés aux substances psychoactives, augmentait avec l'âge. Le diagnostic d'abus de substances, qui était plus communément attribué à la cohorte des jeunes plus vieux ( $\geq 17$  ans), était souvent associé, en comorbidité, aux troubles de l'humeur et aux troubles de la conduite, à savoir dans 13 % des cas.

Suite à la recension des écrits, Rowan (2001), reconnaît l'importance de bien comprendre la multiplicité des facteurs associés aux jeunes suicidés présentant un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives.

Dans leur étude, Renaud et ses collaborateurs (1999) ont analysé l'abus de substance chez les jeunes présentant un « disruptive behavior » (DB), c'est-à-dire soit la présence d'un trouble déficitaire de l'attention et/ou d'hyperactivité (TDAH), soit un trouble de la conduite (TC) qui sont décédés par suicide. Le groupe contrôle est composé de jeunes présentant des « disruptive behavior » soit avec un TDAH ou un TC. Les troubles de la conduite étaient plus communs chez les jeunes DB décédés par suicide que chez les groupes DB (non décédés), et les jeunes DB décédés par suicide démontraient un plus grand nombre de symptômes associés aux troubles de la conduite que le groupe contrôle. La prévalence du TDAH ou des troubles de l'humeur telle que la dépression majeure n'était pas différente entre les groupes. Chez les jeunes décédés par suicide, on notait un plus grand taux d'abus de substances actuel, mais il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant l'abus de substance à vie. Les auteurs soutiennent que les adolescents DB décédés par suicide avaient un plus haut taux d'abus de substance actuel, de tentatives suicidaires passées, d'histoire familiale de troubles liés aux substances, et de troubles de l'humeur, exception faite pour la dépression majeure.

Outre le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance psychoactive, le trouble de l'humeur, les troubles de la personnalité ainsi que les troubles de nature comportementale (trouble de la conduite, TDAH, le trouble oppositionnel [avec ou sans provocation], etc.) sont régulièrement cités dans les études comme étant des facteurs de risque potentiel pour le suicide. Ce qui démontre l'importance de la présence des troubles mentaux auxquels s'ajoutent d'autres facteurs de risque.

### 1.9 Facteurs de risque associés au suicide chez les hommes avec diagnostic SPA

Plusieurs facteurs sont associés au suicide et ceux-ci varient, quant à leur quantité et leur nature en fonction du groupe qui est ciblé. Cette étude porte sur les hommes âgés entre 18 et 55 ans décédés par suicide et outre la variable de l'âge, celle des troubles liés aux substances psychoactives joue un rôle déterminant. C'est avec le souci d'éclairer ce propos que nous aborderons cette section.

De façon générale, la personne qui abuse de substances psychoactives semble plus vulnérable en cas de perte affective ou de problèmes professionnels ceux-ci pouvant alors servir d'agent déclencheur du suicide. Ainsi, le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez ceux qui ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues, particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez les personnes suicidées de 13-19 ans qui abusaient de l'alcool, nous constatons la présence d'un plus grand nombre de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie. Chez ce même groupe, nous retrouvons aussi un fort pourcentage de chômage, de problèmes avec la loi et de problèmes financiers dans ce dernier groupe et la violence familiale au cours de l'enfance est aussi beaucoup plus fréquente (57 % vs 15 %). Les jeunes de 13 à 19 ans qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont, pour leur part, plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de dépression. S'ajoutent aussi comme facteurs de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi (dont l'incarcération, les arrestations, les délits mineurs, etc.) et la disponibilité d'une arme au foyer.

Les études qui ont utilisé la méthode de l'autopsie psychologique ont relevé que les facteurs les plus significatifs prédisposant au suicide chez les adolescents sont les troubles dépressifs, les tentatives suicidaires antérieures, les comportements antisociaux, l'abus ou la dépendance aux substances, ainsi que la présence de certains traits de personnalités telles l'impulsivité et l'agressivité (Shaffi, Steltz-Lenarsky et Derrick, 1985; Shaffi et coll., 1988; Brent, Perper, Goldstein, 1988; Rich, Ricketts, Fowler et Young, 1988; Runeson, 1989; Apter, Bleich et King, 1993; Marttunen, Aro, Henriksson et Lönnqvist, 1991, 1994; Brent, Perper et Mortiz, 1993, 1994; Brent et coll., 1999; Shaffer, 1974; Shaffer, Gould et Fisher, 1996; Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldrsen, 1998; Renaud et coll., 1999; Houston, Hawton et Shepperd, 2001).

Certaines études mettent en évidence le rôle de l'impulsivité et des comportements agressifs comme étant un facteur de risque pour le suicide (Malone, Szanto, Corbitt et Mann, 1995; Pendse, Westrin et Engstrom, 1999; Stein et coll., 1998; Curruble, Damy et Guelfi, 1999; Windle, 1994; Burch, 1994). Le concept de l'impulsivité est l'incapacité de résister à un stimulus ou un comportement, sans réfléchir, ni considérer les conséquences liées à un tel comportement (Dawe and Loxton, 2004; Moeller et coll., 2001). L'impulsivité est considérée comme un trait de caractère prédisposant les individus à agir sur leurs pensées suicidaires (Kim et coll., 2005). Lorsque les sujets impulsifs sont déprimés, souvent désinhibés par l'utilisation d'une substance, et confrontés à un stress important, ils sont plus susceptibles de faire une tentative ou de mourir par suicide (Dumais et al.2005a; Fawcett, 2001). Dans leur étude qui compare un groupe d'hommes suicidés impulsifs à un groupe d'homme suicidé non impulsif, Zouk et ses collaborateurs (2006) ont trouvé une différence significative concernant une plus grande présence de comportements agressifs chez le groupe impulsif. Ainsi, leurs résultats vont dans les sens des études antérieurs (Brent et al, 1994; Dumais et coll. 2005a; Soloff et al, 1994) qui soutiennent que l'impulsivité, lorsque associés à des comportements agressifs est un facteur de risque d'une grande importance.

### 1.9.1 Facteurs d'adversité durant l'enfance

La majorité des études traitant du suicide, qu'elles soient menées chez les enfants, adolescents ou adultes, présentant des comportements suicidaires (idéations ou tentatives) ou étant décédés par suicide, font mention de l'importance du rôle de la famille. Les études de White (1998), tout en s'inspirant des nombreuses études sur le sujet, ont regroupé quatre catégories de facteurs liés aux suicides des adolescents, notamment les facteurs prédisposant (histoire familiale de suicide), les facteurs contribuant (comme l'abus de substance qui exacerbe le risque déjà présent), les facteurs précipitant (comme les événements de perte, d'abandon) et les facteurs de protection (qui peuvent augmenter la résilience).

Malgré le fait que les études portant sur l'enfance des suicidés ne sont pas nombreuses, il est quand même reconnu que le climat familial est un facteur de risque associé aux comportements suicidaires chez les jeunes (Jacobs, 1967; Adams, Lohrenz et Harper, 1982). Différents éléments figurent comme étant problématiques, soit les relations chaotiques, la violence et les abus physiques, l'alcoolisme des parents, les mésententes conjugales et les comportements suicidaires de l'un ou l'autre des parents (Farbrow, 1985). Les situations de négligence et d'abus sont associées aux tendances suicidaires des jeunes, et les auteurs indiquent en particulier les abus physiques (Brooksbank, 1985; Hawton, O'Grady, Osborn et Cole, 1982), l'immaturation et l'incompétence de la mère de même que l'indifférence ou l'absence du père (Margolin et Teicher, 1968; Smith et Crawford, 1986).

Les résultats de l'étude de Mitic, Rimer et Seale (2002) menée en Colombie-Britannique auprès de 50 adolescents âgés entre 9-19 ans (moyenne d'âge = 16 ans) décédés par suicide, montrent que 44 % des sujets ont vécu une perte soudaine reliée à la famille, 48 % des sujets ont été victimes d'une forme d'abus au sein de la famille et 48 % étaient aliénés des pairs.

Ce que nous savons des facteurs de risque associés aux consommateurs de drogues qui se suicident provient davantage d'études faites auprès des jeunes attendu leur surreprésentation dans cette catégorie. Les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes (Rich, Ricketts, Fowler et Young, 1988; Marttunen, Aro,

Henriksson et Lönnqvist 1994; Brent et coll., 1993) et se retrouvent plus souvent en état de dépression (Buckstein et coll., 1993) que les autres consommateurs. S'ajoute aussi comme facteur de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi et la disponibilité d'une arme au foyer.

Tel que déjà mentionné, Beautrais (2000) a fait une synthèse des connaissances sur les facteurs de risque dans le cadre des tentatives de suicide chez les jeunes. Elle a recensé six « domaines » de facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes soit la présence d'adversité au cours de l'enfance, les situations d'adversité plus particulièrement dans la famille, la pauvreté des habiletés parentales, des relations maritales dysfonctionnelles, l'abus ainsi que la psychopathologie parentale (Beautrais, 2000).

Plusieurs études, citées dans Beautrais (2000), s'entendent pour dire que les facteurs familiaux jouent un rôle quelconque dans l'étiologie du suicide. Bien que les études qui ont analysé le suicide et l'abus physique produisent des résultats inconsistants (Brent et coll., 1988; Brent, 1995 et Shaffi, Carrigan, Whitnghill et Derrick, 1985), elles démontrent que les enfants exposés à l'abus physique peuvent présenter un risque plus élevé (Beautrais, Joyce et Mulder, 1998; Smith et Crawford, 1986; Wagner, Cole et Schwartzman, 1995). Le taux de suicide augmente également lorsqu'il y a présence d'histoire d'abus sexuel à l'enfance (Beautrais, 2000).

### 1.9.2 Rejet et abandon

Le rôle du rejet, de l'abandon et des pertes dans l'étiologie du suicide s'explique, entre autres, par la théorie de l'attachement. La théorie de l'attachement (Bowlby, 1980; Ainsworth, Belhar, Waters et Wall, 1978) postule que le mode d'attachement issu de la relation parent-enfant prédise la qualité de la relation ultérieure avec les pairs et l'entourage (Armsden et Greenberg, 1987). Selon Brown et Harris (1978), un bris dans la relation parent-enfant due à un rejet ou à un abandon en bas âge représente un élément principal dans l'étiologie de la dépression chez les adultes. Le rejet, l'abandon et les pertes vécus en bas âge ont donc un impact dans le mode d'attachement vécu ultérieurement dans la vie. Ainsi, l'incapacité d'établir des liens affectifs stables et sécurisants, suite à des rejets, de pertes et des situations d'abandon précoces contribue au développement de la psychopathologie.

Un lien existe également entre le rejet et le suicide (Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1988; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2004). Le rejet à l'enfance serait donc un facteur de vulnérabilité important pour le suicide (Maris, Berman et Silverman, 2000).

### 1.9.3 Pertes récentes

Certaines études présentent les pertes par décès et par séparation comme étant un facteur de risque relié au suicide. McMahon et Pugh (1965) ont identifié la perte par décès ou par séparation d'un conjoint ou d'un enfant comme étant un facteur de risque pour le suicide. Les études subséquentes ont démontré la contribution des pertes autres que le décès. Tel que mentionné ci-dessus, dans l'étude de Murphy (1979) on observe que les alcooliques se suicident généralement, suite au bris d'une relation interpersonnelle suite à un divorce, une séparation ou un décès qui est survenu dans les six semaines précédentes.

L'étude de Rich et ses collaborateurs (1991) confirme que les jeunes suicidaires de moins de 30 ans vivent également plus d'événements interpersonnels (conflits, séparations, rejets) au cours des semaines précédant leur décès.

Beautrais (2000) a résumé les connaissances quant aux facteurs de risque pour le suicide et les tentatives de suicide chez les jeunes, elle identifie le fait d'être exposé à des événements stressants ou des circonstances de vie teintée d'adversité, soit, particulièrement les pertes interpersonnelles et les conflits, les problèmes légaux et ceux liés à la discipline comme étant l'un des six « domaines » de facteurs de risque associé au suicide chez les jeunes.

Plusieurs études relatent la présence d'événements de vie et de difficultés dans l'année précédant le suicide (Brent, Perper, Goldstein, 1988; Shaffi et coll., 1988; Marttunen, Aro, Lönnqvist, 1993; Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldorsen, 1998). Par ailleurs, les études ayant utilisé l'autopsie psychologique rapportent un taux élevé d'occurrence des types d'événements suivants, à savoir, des pertes interpersonnelles, des difficultés et conflits interpersonnels, des problèmes liés à la discipline et enfin des problèmes légaux (Gould et coll., 1996, Lesage et coll., 1994; Brent, Perper et Goldstein, 1988; Shaffi et coll., 1988; Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldorsen, 1998; Shaffer, 1974; Apter et coll., 1988; Rich, Warsrad, et Nemiroff, 1991; Brent, Perper et Moritz, 1993).

Le contexte dans lequel les pertes ont lieu revêt une importance non négligeable. Ainsi, les pertes qui sont vécues dans un climat de rejet et d'abandon sont d'autant plus importantes en termes de facteur de risque. L'étude de Osgood et Brant (1990) a démontré que les patients institutionnalisés les plus déprimés, considérés comme étant déjà suicidaires par les équipes de soins, avaient récemment vécu un sentiment de rejet, d'abandon suite à la perte d'un membre de leur famille ou à l'arrêt des visites.

Les études démontrent également l'importance des pertes ou des ruptures relationnelles entre le suicidé et ses enfants. Ainsi, l'étude de Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki (2004) utilisant la méthode de l'autopsie psychologique auprès de 70 hommes décédés par suicide, dont 28 (40 %) avaient des enfants, démontre que la majorité (71 %) des pères avait vécu un événement négatif grave impliquant ses enfants lors des douze mois précédant le décès. Ils notent également que ces événements étaient généralement attribuables au comportement déviant du père à l'égard de l'enfant ou de la conjointe. En outre, il s'agissait le plus souvent de l'événement déclencheur s'étant produit quelques jours avant le suicide.

#### 1.9.4 Les facteurs déclencheurs

Les alcooliques qui se suicident présentent un cumul de facteurs de risque potentiellement déclencheurs dont le nombre est supérieur aux facteurs dénombrés chez les non-alcooliques qui se suicident ou chez les alcooliques en traitement. Déjà, en 1967, Murphy et Robins lançaient un avertissement aux médecins dans un éditorial du Journal of the American Medical Association à l'effet que « ... le médecin doit être particulièrement vigilant lors des périodes critiques de bris de relation divorce, séparation, décès) chez ses patients alcooliques suicidaires » (cité dans Duberstein, Conwell et Caine, 1993).

Plusieurs études subséquentes (Beskow, 1979; Duberstein, Conwell et Caine, 1993, 1993; Modestin, 1986; Murphy, 1967; Rich, Ricketts, Fowler et Young, 1988;) comparent des cas de suicide avec diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues avec des cas de suicide ayant des diagnostics de divers types. Elles sont unanimes à conclure que le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez le premier groupe (alcool et drogues). Cela implique donc que la personne qui fait un emploi abusif de ces substances est plus vulnérable à une perte affective ou à un problème professionnel. Suite à cette perte, les alcooliques ou toxicomanes voient leur réseau social se désintégrer davantage (Murphy, 1992), car celui-ci s'est rétréci progressivement au cours de la dernière année de vie (Ripley et Dorpat, 1981).

L'étude de Heikkinen et ses collaborateurs (1994) compare un groupe de suicidés avec diagnostics de troubles liés à l'alcool avec un groupe de suicidés avec un diagnostic de trouble de l'humeur dépressif concernant les événements de trois mois avant le suicide. Les résultats démontrent que les suicidés avec diagnostics de troubles liés à l'alcool vivent plus d'événements comparativement à l'autre groupe et ce sont les discordes familiales (38 %), les séparations maritales (28 %) et les problèmes financiers (28 %) qui caractérisent davantage le groupe avec diagnostic lié à l'alcool.

Dans une autre étude, Heikkinen et ses collaborateurs (1995) démontrent que les suicidés, qui abusent de l'alcool ou qui ont une histoire de violence associée à l'alcool, ont vécu, avant leur décès, plus d'événements, vraisemblablement reliés à leur comportement d'agressivité tel que la séparation, les querelles familiales, les problèmes financiers et le chômage. D'autre part, la moitié des hommes décédés par suicide qui vivaient seuls au moment du décès avaient vécu une perte récente (comme souvent un divorce ou une séparation (Heikkinen et coll., 1995).

L'étude de Rich, Ricketts, Fowler et Young (1988) rapporte que les suicidés de moins de 30 ans qui ont abusé de substances ont plus de conflits et de pertes dans les six semaines précédant le suicide que les suicidés qui n'ont pas abusé de substances. L'étude de Duberstein, Conwell et Caine (1993) abonde dans le même sens en relatant que les cas de suicide avec diagnostic de dépendance à l'alcool ou aux drogues sont exposés à plus d'événements au cours des six semaines avant leur décès que les personnes décédées par suicide avec diagnostics de troubles affectifs ou de troubles anxieux.

L'étude de Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992) compte, parmi les facteurs de risque psychosociaux, des suicides alcooliques, un bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide, particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez les 13-19 ans qui abusent d'alcool, il y a une plus grande présence de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie. Il y a également un plus fort pourcentage de chômage (Heikkinen et coll., 1995), de problèmes avec la loi, de problèmes financiers et de violence familiale au cours de l'enfance. Ainsi, les principaux facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les alcooliques sont la dépression majeure, le chômage, le fait de vivre seul, le manque de support social et une menace suicidaire antérieure. Le simple cumul des facteurs de risque ne suffit pas à comprendre la raison du suicide. Il faut aussi tenir compte de l'origine de l'intention du suicide.

De cette façon, les études montrent que, comparativement à des personnes décédées par suicide qui souffraient de dépression majeure, celles qui souffraient d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance sont plus nombreuses à avoir vécu des conflits ou des pertes

interpersonnelles dans les six semaines précédant leur décès (Duberstein, Conwell et Caine, 1993; Heikkinen et coll., 1994; Murphy et Robins, 1967; Rich, Fowler, Fogerty et Young, 1988). Cependant, il n'y a pas d'information quant à l'enchaînement temporel des événements, ce qui rend impossible de déterminer avec certitude si ce sont les troubles liés à l'utilisation de substances qui contribuent à l'apparition des problèmes relationnels ou si ce sont plutôt les problèmes relationnels qui amènent les personnes à développer un trouble d'abus ou de dépendance.

En somme, plusieurs facteurs de risque sont identifiés concernant les cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances. Murphy et ses collaborateurs (Murphy, 1992; Murphy et Robins, 1967; Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy, 1992) ont identifié huit facteurs associés à un risque plus élevé de suicide chez les alcooliques à savoir, entre autres, le fait de connaître un épisode dépressif, vivre une perte interpersonnelle récente, le fait de garder les mêmes habitudes de consommation d'alcool, un réseau de soutien restreint, et le fait de vivre seul.

#### 1.10 Synthèse

L'intégration des connaissances actuelles amène la proposition d'un cadre explicatif qui permettra de comprendre davantage le suicide des alcooliques/toxicomanes. Il a déjà été mentionné que les troubles reliés aux SPA, la comorbidité, les expériences d'adversité à l'enfance et les événements de vie sévères vécus au cours de la dernière année sont des facteurs de risque associés au suicide chez l'homme. Toutefois, l'interaction entre ces facteurs, et la façon dont ils s'inscrivent dans le processus suicidaire ne sont pas tout à fait connues. L'objet de cette étude n'est pas d'identifier une chaîne causale des facteurs, mais bien d'identifier comment ils interagissent. Il est alors suggéré que certains éléments associés aux troubles liés à l'utilisation d'une substance puissent éclaircir pourquoi certains hommes ayant un diagnostic lié à l'alcool ou aux drogues se suicident.

Dans un premier temps, une description préliminaire du groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes est nécessaire. En fait, le patron de consommation des suicidés avec diagnostic SPA sera analysé en vue de présenter les éléments tels que la nature de la substance, la durée, les précisions sur les diagnostics, les problèmes liés à la consommation et la consommation des parents des cas seront présentés.

Dans un deuxième temps, en intégrant la variable comorbidité, il sera intéressant de voir si le groupe de suicidés comparativement au groupe de suicidés avec un diagnostic SPA ont une plus de comorbidité psychiatrique, et ce, tant au niveau du nombre de diagnostics que du type de diagnostic. Il est également important d'analyser les données quant aux diagnostics intitulés « troubles habituellement diagnostiqués à l'enfance et à l'adolescence » tels le trouble de la conduite, le trouble de l'opposition, le trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité.

Il est postulé que certains aspects du parcours de vie des suicidés toxicomanes pourraient avoir une incidence sur le destin fatal de ces derniers. En effet, il importe de connaître si les suicidés avec diagnostic SPA ont connu plus d'événements de rejet ou d'abandon au cours de leur vie, ainsi que lors de la dernière année de leur vie comparativement aux suicidés sans diagnostic SPA.

Dans une perspective de prévention et d'intervention, il importe de connaître quels sont les toxicomanes les plus à risque de se suicider. De telles données permettront d'informer les cliniciens et les intervenants qui œuvrent en milieu scolaire, dans les centres de crise, dans les centres de prévention du suicide, les centres de réadaptation en matière de toxicomanie, les CLSC et les hôpitaux, auprès des hommes toxicomanes qui sont le plus à risque pour le suicide.

### 1.11 Hypothèses

Avant de présenter les hypothèses, un premier travail descriptif est impératif de manière à bien définir qui sont les hommes qui composent le groupe décédé par suicide avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances. Ainsi, à des fins descriptives, nous détaillerons le modèle de consommation des hommes décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives en terme de fréquence, de la nature de la substance consommée, de la durée, des difficultés associées à la consommation (à savoir les difficultés et des problèmes de nature familiaux, domestiques, financiers, judiciaires et ceux liés au travail), ainsi que de la consommation problématique des parents de ces hommes.

Hypothèse 1 : Les études recensées montrent qu'il existe un lien entre la psychopathologie et le suicide. Les études font également lumière sur les psychopathologies les plus souvent associées au suicide, seules ou en comorbidité, soit les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. De cette façon, comme il y a une forte comorbidité reliée aux troubles liés à l'utilisation de substances, nous voulons voir si le groupe avec un diagnostic SPA aura plus de diagnostics que le groupe sans diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance. En nous inspirant des études existantes sur le sujet, nous voulons vérifier si la psychopathologie est présente au sein de l'échantillon, et de quelle façon elle se présente. Dans une perspective ultérieure de prévention, l'analyse de la présence de certains troubles qui arrivent plus précocement, tels les troubles de la conduite et le déficit de l'attention, comme antécédent à la psychopathologie actuelle, nous interroge.

Nous postulons que les hommes décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront, même lorsque les diagnostics de troubles liés à une substance psychoactive sont exclus des calculs, une plus grande comorbidité psychiatrique, que les suicidés sans diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives.

Hypothèse 2 : Un nombre important d'études vont présenter, d'une façon ou d'une autre l'environnement familial comme étant un facteur de risque potentiel pour le suicide. Déjà tôt dans la vie, la forme que prend la relation parent-enfant est déterminante de la qualité des relations interpersonnelles ultérieures. Les facteurs d'attachement et d'adversité à l'enfance, particulièrement le rejet et l'abandon lesquels sont reliés aux habiletés parentales, pourraient être éclairants en ce qui concerne les cas de suicide avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance. Étant donné que ces difficultés à l'enfance sont souvent observées chez les cas de personnes suicidées avec diagnostic lié à l'utilisation de substance, est-ce que ces mêmes difficultés seront présentes ou différentes pour les cas de personnes suicidées sans diagnostic lié à l'utilisation de substance?

Comme deuxième hypothèse, nous postulons que les hommes décédés par suicide ayant un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront davantage vécu des situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale comparativement aux hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA.

Hypothèse 3 : La présence d'événements de vie et de difficultés dans l'année précédant le suicide est également relatée dans les études, où pertes, difficultés, conflits interpersonnels, et les problèmes légaux sont souvent recensés comme facteurs de risque associés au suicide. En fait, les cas avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances ont souvent des problèmes qui sont inhérents à leur consommation, ce qui peut occasionner un cumul d'événements et de difficultés qui se succèdent.

De cette façon, il est postulé que les hommes décédés par suicide ayant un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront vécu davantage d'événements de vie au cours de leur dernière année de vie comparativement aux hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA, et ce, tant en ce qui concerne le nombre, la nature et la fréquence des événements de vie.

Hypothèse 4 : Déjà en 1967 Murphy et Robins (cité dans Duberstein, Conwell et Caine, 1993) reconnaissent le danger concernant le rejet et les pertes et ils lançaient un avertissement aux médecins indiquant que « ... le médecin doit être particulièrement vigilant lors des périodes critiques de bris de relation (divorce, séparation, décès) chez ses patients alcooliques suicidaires ». Les études démontrent que les personnes décédées par suicide qui souffraient d'un trouble d'abus ou de dépendance à une substance sont plus nombreuses à avoir vécu des conflits ou des pertes interpersonnelles dans les six semaines précédant leur décès (Dubertseint, Conwell et Caine, 1993; Heikkinen et coll., 1994; Murphy et Robins, 1967; Rich, Fowler, Fogerty et Young, 1988). Attendu que la sensibilité des gens avec un trouble lié à l'utilisation de substances, il est postulé que les cas avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance connaîtront hypothétiquement plus de situations de rejet et d'abandon au cours de l'année précédant leur décès.

La quatrième hypothèse postule que les hommes qui sont décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront connu plus de situations de rejet et d'abandon au cours des douze derniers mois de leur vie que les hommes décédés par suicide sans diagnostic lié aux substances psychoactives.

Hypothèse 5 : Le simple fait d'obtenir un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances révèle la présence de problèmes inhérents à la consommation ce qui augmente la possibilité de vivre des événements et des difficultés de vie reliés directement ou indirectement à cette consommation.

Nous postulons dans cette dernière hypothèse que les cas qui sont décédés par suicide, ayant un trouble lié aux substances psychoactives, auront connu un événement déclencheur de type abandon/rejet avant de s'enlever la vie (3 derniers mois) comparativement aux cas décédés par suicide sans diagnostic SPA, et que la nature propre de l'événement déclencheur est inhérente à la problématique de consommation.

### 1.12 Pertinence et retombés de l'étude

Le taux de décès par suicide chez les hommes est particulièrement inquiétant. De plus, les hommes avec des troubles liés aux substances psychoactives figurent comme faisant partie d'un groupe à haut risque comparativement aux hommes sans un tel diagnostic. Dans une perspective de prévention et d'intervention, il importe de connaître quels sont les toxicomanes les plus à risque de se suicider.

Les résultats de cette étude vont favoriser l'établissement de programmes de prévention et d'intervention plus adéquats auprès de cette population, et augmenteront les connaissances reliées aux facteurs de risque. De plus, ces données permettront de cerner l'aide appropriée à amener auprès d'alcooliques et/ou toxicomanes à risque suicidaire.

Concernant les implications cliniques, les retombées de cette étude s'avèrent importantes sur plusieurs plans. D'abord, en ce qui concerne les troubles liés aux substances psychoactives, une meilleure compréhension du patron de consommation, inscrire celui-ci dans une compréhension plus large du problème peut amener à la suggestion de pistes de prévention et d'intervention. En ce qui a trait à la comorbidité, comprendre celle-ci en l'inscrivant dans une perspective développementale pourra possiblement aider dans l'élaboration et le choix du plan de traitement, tout en ayant un impact possible quant aux interventions précoces à privilégier lors de l'apparition d'un trouble quelconque. Quant aux situations d'adversité et à la présence d'évènements de rejet et/ou d'abandon, des interventions précoces auprès de ces enfants pourraient être effectuées, des mesures de sensibilisation et de promotion de saines habitudes parentales et familiales pourraient être mises d'avant.

Les résultats devraient aussi permettre aux intervenants qui œuvrent dans les institutions scolaires, dans les centres de crise, les centres de prévention du suicide, des CLSC et des hôpitaux de mieux cibler leurs interventions en étant davantage sensibilisés aux facteurs de risque associés aux alcooliques et/ou toxicomanes suicidaires.

## CHAPITRE II

### MÉTHODE

#### 2.1 L'autopsie psychologique

Un premier problème se pose dès qu'il est question d'étudier le suicide complété, à savoir l'absence du sujet à l'étude. Un devis de recherche à études rétrospectives est alors proposé puisque celui-ci permet de recueillir l'information même si le sujet est décédé. Shneidman introduit le concept d'«autopsie psychologique» afin de décrire la méthode qu'il a développée pour soutenir les coroners de Los Angeles dans leur travail, travail consistant à établir la cause d'un décès équivoque (Brent, 1989; Pouliot et De Leo, 2006). En effet, l'autopsie psychologique est une entrevue ou une série d'entrevues dont le but est de reconstruire les circonstances sociales et psychologiques associées à la façon dont est décédée une personne (Shneidman, 1981). La méthode de l'autopsie psychologique permet l'évaluation psychiatrique de la personne décédée, généralement par le biais d'un tiers, par rétrospective, ainsi qu'en consultant les dossiers médicaux et autres dossiers pertinents (Hawton et coll., 1998; Isometsä, 2001).

Les études rétrospectives, qui sont reconnues pour leurs forces méthodologiques, ne sont pas sujettes aux biais reliés aux études appariées. Selon Brent (1989), ces dernières s'avèrent inefficaces pour l'étude d'un phénomène comme le suicide, qui est considéré comme étant statistiquement rare. Un autre type de devis proposé est celui des études rétrospectives, telle l'autopsie psychologique (Farberow, Shneidman et Neuringer, 1966; Brent, 1989; Isometsä, 2001; Pouliot et De Leo, 2006). Puisque la plupart des informations recueillies aux fins de

cette étude sont obtenues par le biais de l'autopsie psychologique, il importe de bien approfondir celle-ci, tant sur le plan de ses attributs, que concernant ses limites et ses avantages.

Selon Brent (1989), la méthode de l'autopsie psychologique s'avère nécessaire en suicidologie. Boothroyd et ses collègues (2001) qualifient l'utilisation d'entrevues avec des proches de personnes suicidées de moyen peu fiable et intrusif, notons cependant que cette remarque s'inscrit dans un contexte et qu'elle s'applique principalement en milieu Inuit. Robins et ses collègues (1956-57; cité par Isometsä, 2001) ont été les premiers à utiliser la méthode d'autopsie psychologique pour l'investigation de séries de suicides consécutifs à St-Louis (Isometsä, 2001). Cette approche a ensuite été reproduite à Seattle, pour ensuite être reprise en Europe à la fin des années 1960 (Isometsä, 2001). Depuis, nombre d'études en suicidologie utilisent l'autopsie psychologique.

Le principal avantage de cette méthode réside dans le fait qu'elle permet de contourner l'obstacle majeur en suicidologie, à savoir l'absence du sujet. L'autopsie psychologique représente la technique la plus directe pour déterminer la relation entre des facteurs de risques particuliers et le suicide (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Une mise en garde est indiquée, car plusieurs limites sont associées à cette méthode. Pouliot et De Leo (2006) en ont recensé les principales limites à la suite de l'examen de 81 articles publiés par des chercheurs utilisant cette méthode.

Généralement, la méthode de l'autopsie psychologique permet d'obtenir de nombreuses et pertinentes informations sur les cas de suicide étudiés. Ces informations recueillies en lien avec différentes variables liées au suicide (ex. trouble physique et mental, histoire familiale durant l'enfance, événements de vie, utilisation des services, etc.) sont comparées à celles fournies par le groupe contrôle, ce qui permet d'évaluer quels facteurs ont un risque potentiel plus grand pour le suicide (Pouliot et De Leo, 2006).

Cependant, le choix du groupe contrôle soulève aussi des questionnements méthodologiques. En ce qui a trait à l'inclusion ou non d'un groupe contrôle ou témoin, Hawton et ses collaborateurs (1998), soutiennent que, malgré qu'il soit opportun d'inclure un groupe contrôle, cette option n'est pas toujours possible en raison des coûts plus élevés qu'un tel choix entraîne ou encore, à l'impossibilité de former un groupe convenable. Si le devis de recherche prévoit un groupe contrôle, la sélection du groupe contrôle doit être déterminée par les hypothèses de l'étude. De plus, le choix du groupe contrôle, à savoir, si les cas sont vivants ou morts est important : chacun a ses avantages et inconvénients. Il est important d'apparier les sujets et les contrôles sur un certain nombre de variables. Dans les études analysées par Pouliot et De Leo (2006), ce nombre de variables varie entre une et huit.

La présence d'une variabilité dans le type, la quantité et la qualité de l'information colligée est aussi une limite importante reliée à cette méthode. Selon Pouliot et De Leo (2006), cette variabilité serait due à quatre facteurs principaux, soit, une diversité du type de paradigmes sous lesquels les études ont été conduites, l'absence d'un protocole standardisé, l'introduction d'artefacts méthodologiques et le manque de lignes directrices spécifiques guidant la formation des intervieweurs. Ils précisent que les études sont difficilement comparables entre elles dû au manque de standardisation des instruments utilisés. De plus, les instruments standardisés pour évaluer la présence de troubles psychiatriques n'ont pas été validés pour permettre leur utilisation avec des répondants (tierce personne). Ils font une mise en garde en ce qui concerne les entrevues « semi-structurées » lesquelles laissent une plus grande place aux erreurs de la part des intervieweurs alors que les entrevues structurées offrent une possibilité limitée de jugement clinique de la part de l'intervieweur. Une autre mise en garde concerne l'hétérogénéité des instruments utilisés pour recenser les événements de vie du suicidé avant le décès, particulièrement parce que certains chercheurs développent leur propre instrument alors que d'autres utilisent les instruments existants (Pouliot et De Leo, 2006).

Une autre limite concerne une grande étendue quant à la période de temps précédant le suicide. En effet, certaines études couvrent à peine le mois antérieur au décès et d'autres vont jusqu'à 24 mois avant le suicide. Paykel (1983) soutient qu'il n'est pas nécessaire de reculer trop loin dans les mois précédents puisque plus on s'éloigne de la date du suicide, moins qu'il y a d'événements rapportés. De plus, il semble avoir un regroupement des événements de vie à l'intérieur des trois mois qui précèdent immédiatement le suicide (Pouliot et De Leo, 2006).

Une limite liée à cette méthode concerne le profil de l'informateur, ce qui influence l'information obtenue sur un cas. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, le lien et la proximité avec la personne décédée ainsi que l'attitude générale de l'informateur quant au suicide pourraient influencer la quantité et la qualité des données reçues. Selon Pouliot et De Leo (2006), l'humeur du répondant au moment de l'entrevue pourrait influencer le nombre d'événements et la qualité de l'information recueillie. Cette hypothèse ne s'appuie toutefois que sur une seule étude qui évaluait les événements auto rapportés après avoir subi un stimulus provoquant un état émotif négatif, positif ou neutre. Il s'agit plutôt d'une mise en garde ou d'une limite théorique potentielle à considérer et non d'une hypothèse corroborée.

Une autre limite à considérer concerne les répondants. Lorsque les sujets contrôles ou témoins sont en même temps les informateurs, il est évident qu'ils peuvent donner beaucoup plus d'information à leur sujet que lorsqu'on passe par une tierce personne (Brent, 1989).

Ainsi, pour la plupart des études les répondants sont des proches qui sont endeuillés par suicide. Il n'est pas rare que ces derniers démontrent des signes de psychopathologies dans les semaines, les mois voire même parfois les années suivant le suicide. Brent (1989) soutient qu'aucun lien significatif n'existe entre la présence d'un trouble mental et la quantité et la qualité de l'information rapportée. Pouliot et De Leo (2006) estiment que le moment opportun se situe dans une période de deux mois à un an après le suicide. L'utilisation d'une autre source d'information plus objective, par exemple les dossiers du coroner, de police ou médicaux, peut s'avérer un moyen pour contourner ce biais (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Cependant, le temps entre le suicide et les entrevues est un facteur considérable dans les études utilisant l'autopsie psychologique.

Certaines réserves concernent les caractéristiques de l'intervieweur qui pourraient influencer la quantité et la qualité des informations recueillies (Pouliot et De Leo, 2006). Une mise en garde est aussi à faire quant aux différentes sources d'informations et les contradictions qui en émanent ainsi qu'au fait qu'il n'y a pas de critères définis pour traiter cette situation dans les études qui utilisent l'autopsie psychologique.

Malgré les mises en garde concernant la méthode de l'autopsie psychologique, il demeure que cette méthode est reconnue par la communauté scientifique comme étant fiable pour la cueillette de l'information sur les suicides complétés (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003), que la validité des données recueillies auprès d'un tiers est soutenue empiriquement (Conner, Conwell et Duberstein, 2001), et que les avantages accordés à cette méthode dépassent de loin les faiblesses qui y sont associées (Beskow, Runeson et Åsgård, 1990; Bifulco, Brown et Harris, 1994; Hawton, Houston, Malmberg et Simkin, 2003). En somme, les auteurs (Hawton et coll., 1998; Isometsä, 2001; Pouliot et De Leo, 2006) concluent que malgré ses imperfections, la méthode de l'autopsie psychologique a grandement contribué à nos connaissances des victimes du suicide, de l'étiologie et du processus suicidaire.

La présente étude utilise l'autopsie psychologique, ainsi que des instruments psychométriques (*voir* section 2.2) qui se prêtent bien à cette méthode. Ces derniers serviront dans l'établissement des diagnostics psychiatriques, dans l'évaluation des attitudes et des soins parentaux, des pertes et des expériences précoces d'adversité vécues au cours de la période de l'enfance, ainsi que dans la cueillette des événements et difficultés de vie.

## 2.2 Recrutement d'une série de cas consécutif

Comme dans la plupart des cas d'études qui utilisent l'autopsie psychologique, cette étude porte sur une série de cas consécutifs de suicide. La stratégie de recrutement pour cette étude est issue de la même que celle pratiquée par le Laboratoire d'étude sur le Suicide et le Deuil (maintenant le Groupe McGill de recherche sur le suicide), et a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal et le Centre de recherche Fernand-Seguin.

De cette façon, à partir de listes du Bureau du Coroner, les personnes décédées par suicide entre les années 1997 et 2001 demeurant dans un radius de 200 km de la ville de Montréal sont repérées. Le Laboratoire a eu l'entière collaboration du coroner en chef Dr Morin.

Voici la procédure de recrutement suivie : une lettre est envoyée par le biais du Bureau du Coroner en chef à la personne ayant participé à l'enquête du coroner (*voir* appendice C). Suite à l'envoi de ladite lettre, la personne qui s'occupe du recrutement appelle les familles afin de présenter les objectifs des études en cours. Ensuite, leur collaboration est demandée. Le recrutement est confié à des cliniciens d'expérience. Puisque tout répondant a le choix de participer ou pas aux études, le recrutement devient une méthode d'échantillonnage de série de cas consécutif volontaire. De cette façon, les soixante premiers cas consécutifs ayant répondu à l'exigence d'avoir complété les instruments liés à cette étude ont formé le groupe de suicide à l'étude.

Une fois que la famille accepte de nous rencontrer et consent de participer, un deuxième contact est fait afin de démarrer le processus d'entrevues et la cueillette de données. Le moment et l'endroit des rencontres sont à la discrétion du répondant. Attendu le nombre d'instruments utilisés et l'envergure de ces derniers, plusieurs entrevues, à des moments différents, sont effectuées. Concernant cette étude, un minimum de quatre rencontres, par répondant, a lieu. Lors de ces rencontres, les objectifs de l'étude sont énumérés à nouveau et le clinicien s'assure d'obtenir un consentement libre et éclairé avant d'entreprendre la passation des instruments. Le rythme est modulé en fonction des réactions et des émotions des répondants. Lorsque ceux-ci sont trop perturbés pour continuer la cueillette d'informations, une pause est nécessaire pour favoriser l'expression des émotions. Lorsque le répondant le signifie, et que le clinicien le juge opportun, la cueillette d'informations est reprise. Les répondants peuvent, à tout moment, cesser l'entrevue, voire, le processus, et ce, sans préjudice.

### 2.3 Répondants

La cueillette d'informations pour cette étude se fait par le biais de tiers, que nous nommons « répondants ». La période la plus longue entre le décès et les entrevues avec le répondant est de 3 ans. Pour des raisons éthiques, la date du suicide doit précéder d'au moins 6 mois le moment des entrevues.

Le premier contact est fait auprès de la personne de référence, soit celle qui a participé à l'enquête du coroner. Il s'agit de la première source d'informations. Avec l'aide de celle-ci, une liste des personnes qui détiennent beaucoup d'informations sur la vie de la personne décédée est établie. Ces personnes sont ensuite invitées à participer aux études en cours. Pour chaque cas de suicide, le nombre de répondants peut aller jusqu'à trois personnes, soit la personne qui a vécu le plus près de l'homme durant la dernière année (conjoint, parent et/ou fratrie), et la personne qui a partagé ses expériences familiales durant son enfance (parent et/ou fratrie).

Les répondants ciblés pour cette étude sont les membres de la famille immédiate de la personne décédée par suicide. Afin d'accroître l'étendue des informations, la fratrie ainsi que les parents sont, dans la mesure du possible, interrogés. Généralement, les parents et la fratrie sont témoins des expériences vécues par le sujet au cours de son enfance et adolescence. Ils peuvent également fournir de l'information quant aux événements de vie concernant sa dernière année de vie. Le partenaire conjugal, lorsqu'opportun, est également interrogé. Aussi, lorsque pertinent, les enfants adultes de la personne décédée peuvent également participer à la cueillette d'informations. Enfin, exceptionnellement, des amis de la personne décédée ont pu être sollicités afin de combler certaines lacunes quant aux données recueillies.

Tel que mentionné ci-dessus, le nombre de répondants par cas de suicide dans cette étude se situe entre un et trois répondants. De cette façon, il y avait trois répondants dans 15 % ( $n = 9/60$ ) des cas, et il y avait un seul répondant dans 30 % ( $n = 18/60$ ) des cas. Plus de la moitié des cas (55 %;  $n = 33/60$ ) avaient 2 répondants. Dans plus de la moitié des cas ( $n = 32$ ), les répondants étaient le(s) parent(s). Dans plus des deux tiers des cas ( $n = 41$ ) les répondants étaient la fratrie, et dans environ 10 % des cas ( $n = 6/60$ ) les enfants et amis proches étaient répondants. Lorsque nécessaire, un complément d'information était recueilli auprès d'une autre personne sans que celle-ci figure comme répondante.

#### 2.4 Groupe de suicide

Le groupe de suicide est composé d'hommes, âgés de 18 à 55 ans, décédés par suicide, résidents du Québec. Afin d'homogénéiser la variable sexe, qui est en soi un facteur de risque, seuls les hommes figurent dans cette étude. Le choix de la cohorte d'âges de 18 à 55 ans s'explique par l'objectif d'augmenter la taille de l'échantillon tout en favorisant son homogénéité.

Puisqu'il y a environ 1,200 à 1,300 suicides par années au Québec, et puisque cette étude s'inscrit dans un cadre plus large de recherche, nous sommes confiants en ce qui concerne le nombre de participants qui collaboreront à l'étude. L'expérience d'études antérieures au Laboratoire d'étude sur le Suicide et le Deuil (Lesage et coll., 1994, Séguin et coll., 1995) a permis de développer une procédure éprouvée quant au recrutement de familles endeuillées par suicide. Toutefois, puisqu'il s'agit d'hommes décédés par suicide, que la méthode utilisée est celle de l'autopsie psychologique, et que leurs proches, qui sont les répondants, sont éprouvés par cet événement, le nombre projeté de sujets se limite à soixante.

#### 2.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les cas doivent répondre à cinq critères d'inclusion : a) être de sexe masculin; b) être francophone (sans nécessairement que la langue maternelle soit le français); c) être âgé de 18 à 55 ans au moment du décès; d) être décédé par suicide; e) la date du suicide devra précéder d'au moins 6 mois le moment des entrevues.

Puisque les troubles liés à l'utilisation d'une substance est une variable d'importance, les cas seront divisés en deux groupes distincts, à savoir s'ils ont, ou non, la présence d'un diagnostic lié à l'utilisation d'une substance.

#### 2.4.2 Groupe sans diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive

Un groupe est formé incluant les cas n'ayant pas de diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive (groupe sans diagnostic SPA). Les cas répertoriés dans ce groupe doivent donc respecter un critère d'inclusion supplémentaire, à savoir ne pas être diagnostiqué de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive.

#### 2.4.3 Groupe avec diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance

Un groupe est formé à partir des cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive (groupe avec diagnostic SPA). Leur représentation, en termes de nombre, est donc aléatoire. Les cas qui forment ce groupe doivent répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus en plus d'obtenir un diagnostic de *troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive* (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994).

Rappelons que les troubles liés à une substance sont divisés en deux groupes, à savoir : *troubles liés à l'utilisation d'une substance* (Dépendance à une substance et Abus à une substance), et *troubles induits par une substance* (Intoxication par une substance, Sevrage d'une substance, Delirium induit par une substance, Démence persistante induite par une substance, Trouble amnésique persistant induit par une substance, Trouble psychotique induit par une substance, Trouble de l'humeur induite par une substance, Trouble anxieux induit par une substance, Dysfonction sexuelle induite par une substance et Trouble du sommeil induite par une substance).

Les diagnostics permettant l'inclusion au groupe sont : a) dépendance à une substance avec ou sans dépendance physique; b) abus d'une substance, et ce, quelque soit la nature de la substance. Les diagnostics de *troubles induits par une substance* (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994) tel qu'énuméré ci-dessus ne sont pas un critère d'admissibilité à ce groupe à moins d'indication contraire. De cette façon, deux seuls diagnostics issus des troubles induits par une substance sont considérés, à savoir : a) *intoxication à une substance*; et b) *sevrage à une substance*, toutefois, seulement lorsque la présence d'un diagnostic de trouble lié à l'utilisation d'une substance (dépendance ou abus) a préséance. Les critères diagnostics de l'intoxication et du sevrage se retrouvent à l'appendice A.

Cette étude s'inspire de la nomenclature retrouvée dans le DSM-IV quant à la définition de *substance*. Ainsi, le terme « substance » réfère à une substance donnant lieu à un abus, une médication ou un toxique (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Communément, les substances répertoriées sont : l'alcool; les amphétamines ou les sympathomimétiques d'action similaire (dexedrine, « speed », stimulants, comprimés pour diète); le cannabis (marijuana, pot, hashich, THC), la cocaïne (crack), les hallucinogènes (LSD, mescaline, peyoti, psychadéliques); les solvants volatils; les opiacés (héroïne, morphine, codéine, méthadone); les phencyclidine (PCP) ou les arylcyclohexylamines d'action similaire; les sédatifs (barbituriques), les hypnotiques et les anxiolytiques.

Certains comparatifs sont donc possibles entre ces deux groupes et possibles aussi entre les deux groupes formés au sein du groupe ayant un diagnostic lié à l'utilisation de substances psychoactives. De cette façon, certaines comparaisons sont menées entre le groupe ayant un trouble lié à l'utilisation de l'alcool, le groupe ayant un trouble lié à l'utilisation de drogues et le groupe ayant un trouble lié à l'utilisation de drogues et d'alcool.

À des fins descriptives, trois sous-groupes sont formés en raison de la nature de la substance à laquelle le diagnostic est posé : soit un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de l'alcool, un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de drogues et un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation des drogues et d'alcool.

#### 2.4.4 Neuf cas litigieux au sein du groupe SPA

Au départ, l'idée initiale était de former un groupe de cas avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance, et ce, tout en respectant les critères d'inclusions et d'exclusions ci-haut mentionnés, sans égard aux détails du diagnostic comme tel. Toutefois, lorsque les analyses ont été entreprises, neuf cas sont ressortis du groupe en raison de leur diagnostic. Cela dit, ces cas ont, sans équivoque, un diagnostic SPA, mais « à vie », faisant en sorte qu'ils n'ont pas, théoriquement, un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance au cours des six derniers mois précédant le suicide.

Rappelons qu'une différence existe entre les *troubles liés à l'utilisation d'une substance* par opposition aux *troubles induits par une substance*, et que seuls les diagnostics d'intoxication ou de sevrage considérés, et ce, seulement lorsque le diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance a préséance.

En effet, l'intoxication à une substance est souvent associée à un diagnostic d'abus ou à un diagnostic de dépendance. Un concept clé dans le diagnostic d'intoxication est le caractère inadapté d'une modification du comportement lié à la substance, qui dépend du contexte

social et de l'environnement, plaçant ainsi la personne dans des situations à risque. De plus, rappelons que les signes ou les symptômes d'intoxication peuvent parfois persister pendant des heures ou des jours, au-delà du moment où la substance n'est plus détectable physiologiquement (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Ainsi, une modification du comportement est déclenchée par un produit et persiste après la disparition du produit dans l'organisme. Les effets prolongés de l'intoxication doivent être distingués du sevrage, qui fait référence à des symptômes déclenchés par une diminution des concentrations sanguines ou tissulaires de la substance.

De plus, il faut considérer l'évolution de la dépendance, de l'abus, de l'intoxication et du sevrage qui varie en fonction de la substance, la voie d'administration et d'autres facteurs. De cette façon, les notions de rémissions et de rechutes entrent en jeu. Ainsi, pour parler d'une rémission aucun critère de Dépendance ou d'Abus à une substance ne doit être présent pendant au moins un mois. Comme les 12 premiers mois après une dépendance représentent une période de risque particulièrement élevé de rechute, une rémission de mois de 12 mois est considérée comme une rémission précoce. Après douze mois de rémission précoce, sans rechute, il est alors possible de parler de rémission prolongée. Quant à la rémission complète, celle-ci est obtenue lorsqu'aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant la période de rémission. Lorsqu'au moins un critère de Dépendance ou d'Abus est présent, de façon intermittente ou continue, pendant la période de rémission, on parle alors de rémission partielle (*voir* appendice H pour définition complète de rémission) (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994).

Une analyse exhaustive de tous les verbatim d'entrevues, une relecture des vignettes cliniques, une révision des notes aux dossiers en plus de quelques discussions cliniques ont relevé des données d'importances concernant ces neuf cas. Pour ces cas, attendu qu'il y a un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance au cours de la vie, la présence de *troubles induits par une substance* est considérée, à savoir soit le diagnostic d'intoxication ou de sevrage.

Tel que présenté à l'appendice I, aucun cas ne présente d'indices indiquant qu'ils étaient en rémission précoce ou prolongée, ni partielle ou complète. D'autre part, aucune information quant à un traitement en environnement protégé ou par médication agoniste n'est rapportée pour aucun de ces cas. Enfin, les informations disponibles nous présentent des indications de la présence de consommation qui répondent à un moins un critère diagnostic d'abus ou de dépendance. Pour conclure, alors que le diagnostic n'est pas émis pour les six derniers mois, étant donné la présence d'indicateur de consommation excluant alors toute rémission, ces cas figurent dans le groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances.

## 2.5 Cas à l'étude

Les cas à l'étude sont au nombre de 60 hommes, ils sont âgés de 18 à 55 ans ( $M = 33,5$  ans;  $ET = 10,07$ ). Au sein des soixante cas, nous retrouvons 67 % ( $n = 40$ ) de ces derniers ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance psychoactive, alors que 33 % ( $n = 20$ ) des cas n'ont aucun diagnostic de ce type.

Cet échantillon se répartit en deux groupes : 40 cas ( $M = 33,8$  ans;  $ET = 9,73$ ) décédés par suicide ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive (groupe SPA) et 20 cas ( $M = 32,8$  ans;  $ET = 10,94$ ) décédés par suicide n'ayant pas de diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive (groupe sans SPA).

Le tableau 2.1 présente les caractéristiques sociodémographiques des cas. Nous présentons également les caractéristiques selon le groupe.

Tableau 2.1

*Description des cas selon le groupe*

	Groupe avec diagnostic SPA (n = 40)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)		$\chi^2$	df			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>					
Âge	18 à 25 ans	10	25	6	30	0,14	1		
	26-35 ans	14	35	7	35				
	36-45 ans	11	27	4	20				
	46-55 ans	5	12	3	15				
Niveau de scolarité	Secondaire non complété	5	12	0	0	5,43*	1		
	Secondaire complété	22	55	7	35				
	Collégial	7	17	9	45				
	Universitaire	4	10	3	15				
	Non disponible	2	5	1	5				
Revenu	19 999 \$ et moins	5	13	3	15	55	8,73*	1	
	20 000 \$ à 39 999 \$		22	55	1				5
	40 000 \$ à 59 999 \$		7	17	11				55
	60 000 \$ et plus	4	10	0	0				
	Non disponible	2	5	5	25				
Occupation	Travail	21	53	12	60	0,12	1		
	Étudiant	2	5	1	5				
	Chômage	4	10	2	10				
	Prestation BES	11	27	5	25				
	Non disponible	2	5	0	0				
Statut Matrimonial	Marié	5	13	4	20	6,16*	1		
	Cohabitation	14	35	3	15				
	Séparé/divorcé	6	15	2	10				
	Célibataire	14	35	11	55				
	Veuf	1	3	0	0				

\* p &lt; 0,05

Note. Les catégories liées par une barre verticale ont été regroupées afin de respecter le postulat du test de  $\chi^2$ .

Nous retrouvons certaines différences qui sont statistiquement significatives. Il n'y a pas de différence quant à l'âge des cas ou quant à leur occupation. Cependant, il s'avère que les cas ayant un SPA sont significativement moins scolarisés que ceux n'ayant pas reçu un diagnostic SPA. Nous retrouvons également une différence significative concernant le revenu lequel est statistiquement moins élevé pour les cas ayant un diagnostic que pour ceux n'ayant pas reçu un diagnostic SPA. Il y a une différence significative concernant le statut matrimonial où les cas ayant un SPA sont statistiquement plus en couple que ceux n'ayant pas reçu un diagnostic SPA.

#### 2.5.1 Données descriptives du groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive

Comme mentionné précédemment, le groupe avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive se subdivise en trois sous-groupes en fonction de la substance à laquelle le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance est posé, à savoir l'alcool, les drogues, ou à l'alcool et aux drogues. Le tableau 2.2 présente les caractéristiques sociodémographiques des trois sous-groupes. Aucune différence significative n'a été identifiée sur ces variables entre ces trois groupes.

Tableau 2.2

Description des cas avec diagnostic SPA selon la substance ( $n = 40$ )

	Groupe avec diagnostic lié à l'alcool ( $n = 14$ )		Groupe avec diagnostic lié aux drogues ( $n = 9$ )		Groupe avec diagnostic lié à l'alcool et drogues ( $n = 17$ )	
	<i>n</i> %	%	<i>n</i> %	%	<i>n</i> %	%
<b>Âge</b>						
18 à 25 ans	4	29	3	33	3	18
26-35 ans	3	21	2	22	9	53
36-45 ans	2	14	4	44	5	29
46-55 ans	5	36	0	0	0	0
<b>Niveau de scolarité</b>						
Secondaire non complété	5	36	0	0	0	0
Secondaire complété	4	29	8	89	10	59
Collégial	2	14	1	11	4	24
Universitaire	2	14	0	0	2	12
Non disponible	1	7	0	0	1	6
<b>Revenu</b>						
19 999 \$ et moins	2	14	5	56	5	29
20 000 \$ à 39 999 \$	1	7	0	0	0	1
40 000 \$ à 59 999 \$	7	50	2	22	6	35
60 000 \$ et plus	0	0	0	0	0	0
Non disponible	4	29	2	22	5	29
<b>Occupation</b>						
Travail	9	64	4	44	8	47
Étudiant	2	14	0	0	0	0
Chômage	1	7	5	56	3	18
Prestation BES	1	7	0	0	5	29
Non disponible	1	7	0	0	1	6
<b>Statut Matrimonial</b>						
Marié	4	29	0	0	1	6
Cohabitation	3	21	4	44	7	41
Séparé/divorcé	2	14	1	11	3	18
Célibataire	4	29	4	44	6	35
Seul	1	7	0	0	0	0

Note. Les catégories liées par une barre verticale ont été regroupées afin de respecter le postulat du test de  $\chi^2$ .

Le groupe formé à partir des cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ( $n = 40$ ) correspond alors à 35 % ( $n = 14$ ) des cas ayant un diagnostic lié à l'utilisation d'alcool, à 23 % ( $n = 9$ ) des cas ayant un diagnostic uniquement lié à l'utilisation de drogues alors que 43 % ( $n = 17$ ) ont à la fois un diagnostic lié aux drogues et à l'alcool. Trois sous-groupes sont donc créés en fonction de la nature de la substance.

Nous observons, au sein des quarante cas ( $n = 40$ ) ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, que 43 % ( $n = 17$ ) ont un diagnostic de dépendance à l'alcool alors que 45 % ( $n = 18$ ) ont un diagnostic d'abus à l'alcool. Nous constatons également que 45 % ( $n = 18$ ) des cas ont un diagnostic de dépendance aux drogues alors que 23 % ( $n = 9$ ) des cas avec un diagnostic d'abus de drogues. Ces taux ne tiennent pas compte de toute comorbidité possible reliée à ce même diagnostic, à savoir tout autre diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances (cas ayant deux ou plusieurs diagnostics de troubles liés à l'utilisation d'une substance ou à plusieurs substances).

## 2.6 Instruments de recherche

Les données sociodémographiques sont recueillies par le biais d'un questionnaire produit à cet effet. Les protocoles d'entrevue se retrouvent en appendices. L'auteure a effectué les entrevues avec les répondants, elle est psychologue et a été formée cliniquement à l'utilisation, la passation et la cotation du SCID I et II, du CECA, et du LEDS. Toutes les informations relatives aux variables sont obtenues en entrevue face à face. Les variables à l'étude sont décrites dans cette section.

### 2.6.1 SCID-I et SCID-II

Afin d'obtenir les critères diagnostics qui permettent, le cas échéant, de poser un diagnostic, le « Structured Clinical Interviews for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I) et Axis II; Personality Disorder Diagnosis (SCID-I et II) (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997), sont utilisés. Tel que présenté à l'appendice E (spécifiquement pour l'établissement d'un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive), cet instrument est administré sous forme d'une entrevue semi-structurée. Tout en respectant les critères diagnostics du DSM-IV, différentes questions sont proposées afin d'obtenir un tableau de la présence, ou non, des symptômes et critères nécessaires pour poser un diagnostic quelconque. Afin de préciser temporellement le diagnostic, les questions sont posées en deux temps, à savoir si le symptôme était présent lors des derniers six mois ainsi qu'au cours de la vie. Les diagnostics peuvent donc être posés pour deux périodes, soit « lors des six derniers mois » et « à vie ». Au terme de l'entrevue, les intervieweurs résument à l'aide d'une « vignette clinique » tous les éléments pertinents (symptômes et critères diagnostiques) et ajoutent les informations du dossier médical obtenues avec les autorisations nécessaires afin d'aider à poser un diagnostic. Une équipe de psychiatres sous la supervision du Dr Claude Vanier, posera un diagnostic selon le DSM-IV sans connaître le groupe d'appartenance du sujet.

Parmi les troubles enquêtés, aux fins de cette étude, nous retrouvons; le déficit de l'attention/trouble d'hyperactivité, le trouble de l'adaptation, le trouble oppositionnel, les troubles de la conduite, l'angoisse de séparation, les troubles de la personnalité (limite, antisociale, schizoïde et schizotypique), les troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, dysthymique, trouble dépressif non spécifié, trouble bipolaire I, II et non spécifié, cyclothymique, trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, et trouble de l'humeur non spécifié), les troubles anxieux (attaque de panique, agoraphobie, phobie sociale et spécifique, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, état de stress aigu, trouble d'anxiété généralisée, trouble anxieux dû à une affection médicale générale, trouble anxieux induit par une substance et trouble anxieux non spécifié), les troubles somatoformes, les troubles psychotiques et les troubles liés aux substances psychoactives (intoxication, abus et dépendance).

L'élaboration et la description des caractéristiques propres aux troubles reliés aux substances psychoactives, à savoir les indicateurs de la fréquence, de la quantité, des épisodes d'ébriété et de la nature de la substance, sont permises à partir des questions issues du SCID-I.

En ce qui a trait aux caractéristiques psychométriques, le SCID-I obtient des kappas se situant entre 0,75 et 1 pour les troubles liés à l'utilisation de l'alcool, alors que pour les troubles liés à l'utilisation d'autres substances, ils se situent entre 0,76 et 1 (Skre, Onstad, Torgersen et Kringle, 1991; Zanarini et coll., 2000, Zanarini et Frankenburg, 2001; Segal et coll., 1995; Williams et coll., 1992). En ce qui a trait à la validité du SCID-I, plusieurs études (Ramirez Basco et coll., 2000; Fennig et coll., 1994, 1996; Kranzler et coll., 1995, 1996) ont utilisé les approximations de la méthode « LEAD » et ont démontré la validité supérieure du SCID aux entrevues cliniques standard lors de l'évaluation de l'épisode en question. C'est Spitzer qui a proposé une opérationnalisation de cette « meilleure estimation diagnostic » qu'il a qualifiée comme le standard « LEAD » (traduction libre du standard en-tête). Le standard « LEAD », même si imparfait, est le plus largement accepté et utilisé dans les études de diagnostic psychiatrique. Cette norme consiste à réaliser une évaluation longitudinale [L] [c'est-à-dire, en se basant sur les données recueillies au fil du temps], réalisée par des experts en diagnostics [E], en utilisant toutes les données disponibles sur les sujets, tels que les informateurs de la famille, l'examen des dossiers médicaux et les observations du personnel clinique [AD, c'est-à-dire, « all data »]. La fiabilité du SCID-II a été évaluée et une consistance interne au-dessus de 0,6 [écart de 0,35 à 0,80] est obtenue pour tous les troubles à l'exception de schizoïde [Ball et coll., 2001]. Concernant la validité du SCID-II, Skodol et ses collègues [1988] ont comparé les résultats obtenus au SCID-II avec les standards de la méthode « LEAD », et ont trouvé que le pouvoir de diagnostic du SCID varie en fonction du diagnostic [de 0,45 pour narcissique à 0,95 pour antisociale], avec 0,85 et plus pour cinq troubles de la personnalité.

### 2.6.2 Profil des difficultés reliées à la consommation

Lorsque l'intervieweur interroge le répondant sur les troubles liés à l'utilisation de substance, par le biais du SCID, il est également question de connaître si la consommation de l'homme décédé par suicide a occasionné des problèmes [ce qui est symptomatologique des critères diagnostics] et, le cas échéant, de préciser de quel type de problèmes il s'agit. Il importe d'indiquer que les problèmes peuvent avoir eu lieu à n'importe quelle période de la vie du sujet [donc pas nécessairement au cours de la dernière année précédant le décès], mais qu'ils sont invariablement liés à la consommation problématique du sujet. Notons que, lorsque le problème a lieu lors de l'année précédant le décès par suicide, et que celui-ci est défini comme étant « sévère », il sera alors analysé par le biais du LEDS [voir section 2.5.4]

Pour considérer qu'il y a problème dans une catégorie particulière, l'intervieweur demande au répondant de fournir des exemples concrets quant aux types de difficultés rencontrées. De plus, la fréquence ainsi que la durée de ladite difficulté sont prises en considération. De ce fait, seules les difficultés qui ont eu un impact significatif dans la vie du sujet sont analysées.

Voici les six catégories : a) problèmes familiaux; b) problèmes domestiques; c) problèmes financiers; d) problèmes judiciaires; e) problèmes liés au travail et f) autres types de problèmes.

Lorsque l'on parle de problèmes familiaux, il est question de grabuge, de querelles orageuses, de mésententes et de disputes entre les parents et/ou la fratrie. Généralement, ces conflits sont bruyants, et peuvent même être teintés de violence (exemple; lancer des objets, briser des assiettes). Dans certains cas, il y a eu des mises à la porte par les parents ainsi que de l'abus sexuel envers un membre de sa fratrie. Le cumul de plusieurs conflits est également considéré dans cette catégorie.

Les problèmes domestiques font référence aux disputes avec la conjointe et les enfants. Il peut également s'agir de ruptures amoureuses, de séparations, de menaces de mort ainsi que d'abus sexuel envers le partenaire ou les enfants. Ici aussi, le cumul de plusieurs conflits récurrents peut témoigner de problèmes domestiques.

Les problèmes financiers réfèrent à toute difficulté financière pouvant aller jusqu'à des dettes et des saisies (comptes de banque, biens) par huissier. D'autres problèmes recensés sont des vols afin de se payer la substance, être évincé et être itinérant, ainsi que de recevoir des menaces en raison des dettes.

Les problèmes judiciaires sont tout problème amenant des conséquences avec la loi. Il s'agit, entre autres, de trafic et de possession pouvant mener à un emprisonnement, d'accident de la route et de conduite avec facultés affaiblies résultant en une perte de permis de conduire, et de troubler la paix (bagarres).

Les problèmes liés au travail sont communément la démotivation et l'absentéisme, la rétrogradation, voire même le congédiement. Pour certains cas, il s'agit que l'employeur réfère au programme d'aide aux employés ou qu'il exige la passation de tests de dépistage.

Les autres problèmes recensés sont des comportements problématiques liés à la consommation (sevrage, humeur instable) et d'autres comportements problématiques et sérieux, impliquant le volet légal et criminel, mais ne menant pas à des conséquences judiciaires (vente de drogues, vols) puisqu'ils n'ont pas nécessairement été condamnés.

### 2.6.3 CECA

Le CECA (Bifulco, Brown et Harris, 1986), qui est présenté à l'appendice F, est administré sous la forme d'une entrevue semi-structurée, et sert à recueillir et évaluer les attitudes et les comportements parentaux, les pertes et les expériences précoces d'adversité vécues au cours de la période de l'enfance, soit à compter de la naissance jusqu'à l'âge de 17 ans. Les écrits

de Bifulco, Brown et Harris (1986) ne décrivent pas de façon explicite leur cadre de référence. Tousignant (2010) précise, suite à une communication verbale personnelle entre lui-même et Mme Antonia Bifulco, que les fondements conceptuels du CECA s'inspirent de la littérature sur la maltraitance à l'intérieur des prisons militaires. Cet instrument explore les dimensions de la relation parent-enfant selon plusieurs variables qui sont exposées ci-dessous. Il s'administre sous forme d'entrevue semi-structurée. Les échelles évaluent les soins parentaux basés sur des facteurs tels que le rejet, l'indifférence, la supervision et la discipline, la chaleur affective, l'abus psychologique, l'antipathie, et la discorde familiale. Les informations recueillies à l'aide du CECA ne tiennent pas compte des émotions et considèrent les comportements plutôt que les interprétations subjectives. De cette manière, lors de la passation du CECA, le répondant est encouragé à produire le plus d'exemples concrets afin de permettre l'appréciation objective de la fréquence, de la durée et de la gravité des situations familiales.

Il importe de préciser que les informations prises en considération sont des faits et non des sentiments, des suppositions ou des appréciations subjectives des événements. Alors que l'information est parfois subjective et remplie de sentiments, nous n'en tenons pas compte lors de la codification. De cette façon, l'information analysée réunit les comportements rapportés de façon objective. D'ailleurs, lors de l'entrevue, le répondant est fortement encouragé à produire le plus d'exemples concrets afin de permettre l'appréciation objective de la fréquence, la durée et la gravité des facteurs qui décrivent la relation parent-enfant. Une « feuille de cotation » est prévue et permet ainsi de structurer de façon précise l'information recueillie. La plupart des variables du CECA se cotent sur une échelle de quatre points, qui permet de juger de la sévérité ou de la gravité de l'événement à partir des exemples concrets obtenus lors de l'entrevue. Les deux premiers points représentent des épisodes d'importante gravité (sévère) alors que les deux autres points représentent des épisodes de moindre importance. Les règles de cotation du CECA sont spécifiques pour chaque échelle et le dictionnaire de références contient des dizaines d'exemples pour chacune des variables. Chaque échelle est cotée séparément pour chacun des parents (ou parents substituts) vivant avec l'enfant.

Le CECA est validé pour l'utilisation auprès d'une population adulte (Bifulco, Brown & Harris, 1994; Smith, Lam, Bifulco & Checkley, 2002). La concordance entre les deux sœurs d'une même famille a varié entre 0,67 et 0,78. Les coefficients alpha pour les accords inter-juges sont supérieurs à 0,78, sauf pour une échelle à 0,63. Les coefficients indiqués dans Bifulco, Brown et Harris (1994) sont similaires, allant de 0,67 à 0,78. La fiabilité de l'information rapportée par un pair est élevée, se situant entre 84 % et 94 % selon les échelles (Bifulco, Brown, Lillie et Jarvis, 1997). Dans le cadre de cette étude, toutes les cotes attribuées ont fait l'objet d'un « panel d'experts », composé d'au moins quatre chercheurs, qui, suite à un consensus, attribuait la cote. Ci-dessous, nous présentons une brève description de chacune des variables.

#### Rejet/abandon

Lorsque l'on aborde le rejet de l'enfant par le parent, il s'agit ici du degré de « non-existence » de l'enfant aux yeux du parent. Ceci fait donc référence aux comportements et paroles du parent visant à annihiler l'enfant. L'abandon se définit par un délaissement physique et définitif de l'enfant par le parent. L'échelle de rejet/abandon combine ces deux concepts et vise à évaluer le bris de la relation parent-enfant.

#### Indifférence/négligence

La variable indifférence/négligence renvoie à l'indifférence affective qui consiste en l'absence des éléments nécessaires à la croissance et au développement harmonieux de l'enfant, tels que la froideur, le rejet émotionnel et l'absence d'interactions positives. Le CECA définit alors l'indifférence/négligence par le désengagement du parent à fournir les soins nécessaires à la santé et à la sécurité de l'enfant (ainsi que le manque de protection), à donner un soutien matériel adéquat à celui-ci et par un désintéressement du parent de la vie et l'enfant, des soins nécessaires à sa santé et à sa sécurité et par le désintéret du parent de la vie affective, sociale et scolaire de l'enfant.

### Supervision et discipline

La supervision parentale et la discipline comprennent toute forme de supervision ainsi que toute forme de mesures disciplinaires imposées à l'enfant. La discipline parentale se manifeste par la présence et le renforcement des règles de conduite par les parents favorisant un encadrement sain de l'enfant, une routine dans la vie familiale et un environnement sécurisant, et ce, dans le but de contribuer à son développement social harmonieux. Les comportements parentaux qui se manifestent dans la supervision parentale sont, entre autres : fournir un environnement sécuritaire, surveiller les actions de l'enfant de façon suffisante et assurer la sécurité de l'enfant. Notons que dans les cas où le laxisme du parent revêt des formes extrêmes, l'indifférence/négligence sera également cotée.

### Chaleur affective

L'échelle de chaleur affective consiste en la démonstration physique d'affection du parent envers l'enfant ou, à l'inverse, le manque de démonstration physique d'affection.

### Antipathie

L'antipathie correspond au degré d'aversion, d'irritation, de froideur, voire même d'hostilité démontrée par le parent à l'égard du sujet. Généralement, il faut également considérer toutes les preuves d'interactions négatives, les chicanes, les remarques désobligeantes, les comparaisons négatives avec la fratrie, les actions de rejets, la désapprobation qui amènent le sujet à se sentir comme un « mauvais garçon ». À cela s'ajoutent les sentiments négatifs qu'a le sujet envers ses parents. Puisqu'il y a recoupement entre l'antipathie et le rejet, les remarques de rejets doivent également être prises en compte lors de la cotation de la variable « rejet/abandon ».

### Renversement des rôles

L'échelle de renversement de rôles évalue le niveau de responsabilité « parentale » transféré sur l'enfant. Il s'agit du niveau de responsabilité imposé au sujet par les parents, pour lequel on évalue jusqu'à quel point le sujet a dû prendre les responsabilités et les devoirs généralement associés aux parents. La notion d'obligation et de pression est nécessaire.

### Abus psychologique

Le CECA considère qu'il y a abus psychologique lorsque le parent utilise des méthodes cruelles ou lorsqu'il cause une détresse à l'enfant dans le but de le soumettre, ou avec l'intention d'endommager ou de limiter le développement psychologique de ce dernier. Toutefois, même en l'absence de l'intention de soumettre l'enfant, l'abus psychologique est examiné lorsque les méthodes éducatives sont exagérément sévères, empreintes de cruauté ou dangereuses. Le CECA compte neuf catégories d'abus psychologiques qui se divisent en deux : Les moyens physiques incluent (1) priver l'enfant dans ses besoins de base tels que la nourriture et le sommeil par exemple, (2) saboter ou endommager un objet de valeur pour l'enfant, (3) infliger une détresse ou un inconfort. Les moyens psychologiques incluent (4) la déshumanisation, (5) l'humiliation, (6) le rejet extrême et les menaces d'abandon, (7) terroriser, (8) manipuler par le chantage émotif, et (9) corrompre/exploiter. Chacune des formes d'abus psychologique vécues par l'enfant est cotée sur une échelle de sévérité, et ce, pour chacun des parents.

### Favoritisme et bouc émissaire

Les échelles de favoritisme et bouc émissaire permettent de décrire le rôle de la fratrie. Ces échelles rendent compte d'un traitement différent d'un enfant en particulier par les parents. Par favoritisme, on entend toute situation qui démontre qu'un enfant est traité d'une meilleure façon que les autres, qu'il est avantagé par faveur et non selon le mérite ou la justice. Les indicateurs qu'un enfant est bouc émissaire sont le fait que celui-ci est davantage blâmé ou critiqué, comparativement à sa fratrie, qu'il est aussi plus souvent pointé par les parents et que ces derniers le traite plus durement que les autres enfants de la famille. C'est également l'enfant sur lequel on fait retomber les torts des autres.

### Secret

L'échelle des secrets tient compte de la présence de secrets dans la famille dont l'enfant est tenu à l'écart ou encore des secrets que lui seul porte.

### Tensions et discordes familiales

L'échelle de tensions et de discordes familiales mesure le degré de conflit dans l'environnement familial, le niveau général de tension et la présence de violence physique directe et indirecte au sein de la famille. La discorde familiale comprend toute forme de querelles entre les membres d'une famille alors que la tension renvoie à un climat lourd et chargé.

### Abus physique

L'échelle d'abus physique tient compte du degré de violence dans le milieu familial, qui est, généralement initiée par un parent et dirigée vers l'enfant. Les situations d'abus physique sont cotées selon le degré de violence de l'événement. Le degré le plus sévère inclut la menace avec une arme ou des blessures graves. Le degré le moins sévère inclut des incidents comme une poussée ou une tape sur les fesses ou les cuisses (discipline physique). Nous renverrons à l'échelle d'abus physique les situations de discipline physique dans lesquels un objet est inclus ou lorsque le parent frappe l'enfant sur la tête ou le visage.

### Abus sexuel

Les événements qui figurent dans l'échelle d'abus sexuel se basent sur les balises suivantes; un contact sexuel inapproprié selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, un abus de pouvoir de la part d'un adulte envers l'enfant, l'utilisation de menace ou de force et tout contact sexuel outrepassant les frontières normales entre l'enfant et l'entourage (ex. : figure d'autorité, fratrie, etc.). Le soutien reçu et la réponse négative au moment du dévoilement de l'abus durant l'enfance sont également pris en compte lors de la cotation de cette échelle.

### 2.6.4 LEDS

Le LEDS « Life Events and Difficulties Schedule » (LEDS) développé par Brown et Harris (1978) et traduit par Lemyre (1990), est une approche du vécu événementiel qui se veut « contextuel ». Tel que présenté à l'appendice G, elle permet l'identification des événements et difficultés de vie vécus par le sujet durant les 12 mois précédents le décès. Selon le LEDS,

un événement de vie se définit comme étant un changement identifiable, ou un écart de la routine quotidienne, susceptible de causer une réaction de stress importante chez la plupart des gens (Tousignant et Harris, 2001). Une difficulté, quant à elle, est définie comme une situation ou condition problématique qui perdure sur une période d'au moins quatre semaines. Une difficulté peut également contribuer à déterminer l'importance de l'événement. De cette façon, le LEDS accorde une importance centrale à l'analyse contextuelle des événements et difficultés de vie, ainsi qu'à la datation de ceux-ci ce qui permet de déterminer leur chronologie. La passation se fait par une entrevue semi-structurée. Le LEDS utilise donc le contexte personnel pour évaluer l'impact des événements (Brown et Harris, 1989) et permet de déterminer la chronologie des événements et difficultés de vie, ce qui est impossible avec une simple liste d'événements à cocher (Tousignant, 1992). Ce sont pour ces raisons, entre autres, que le LEDS est supérieur aux listes d'événements à cocher, car il offre une analyse contextuelle des événements de vie rendant ainsi possible l'établissement de la chronologie des événements et difficultés de vie. Cet instrument tient également compte des difficultés de vie, tout en considérant qu'un événement peut induire une difficulté ou s'ajouter à celle-ci.

En ce qui concerne les valeurs psychométriques du LEDS, plusieurs études démontrent la validité et la fiabilité du LEDS (Bifulco, Brown et Harris, 1994; Tousignant et Harris, 2001). Très tôt dans son utilisation, Brown et Harris (1978) ont obtenu un taux d'accord de 81 % entre les événements rapportés par des schizophrènes et leurs parents. Une autre étude démontre que les mères d'adolescentes rapportent de façon indépendante plus de 80 % des événements majeurs déclarés par leurs filles (Tennant, Smith, Bebbington et Hurry, 1979). L'accord entre les cotes obtenues sur les événements vécus par des patients déprimés et ceux obtenus à partir du récit de ces mêmes événements par des parents proches est de 91 % ce qui démontre que l'information d'un tiers est très fiable (Brown et coll., 1973). L'accord inter-juges est également élevé avec des coefficients kappa supérieurs à 0,70 (Tousignant, 1992). Précision que ce n'est pas le contenu comme tel qui est évalué, mais bien la gravité de celui-ci. Le consensus entre les juges est obtenu quant à la gravité de l'événement ou de la difficulté et, lors d'un désaccord, des discussions ont lieu de manière à obtenir consensus.

L'utilisation de cet instrument auprès de tierces personnes a fourni de l'information très fiable avec un taux d'accord se situant entre 80 % et 91 % selon les études (Brown et Harris, 1989; Brown, 2003).

L'outil prévoit des « feuilles de cotation » pour chaque événement et difficulté de vie, donnant une structure spécifique à l'information recueillie permettant alors la codification. La codification se fait selon deux échelles de gravité de menace à court et à long terme, qui incluent quatre niveaux, soit, en ordre croissant de gravité ou de sévérité, allant de « peu ou pas sévère », « comportant une certaine sévérité », « modérément sévère » et « sévère ». Afin d'éviter les risques de contamination pour le codificateur, le processus de codification exclut les réactions subjectives du répondant et s'en tient aux éléments factuels et objectifs. Ainsi, les expériences et événements rapportés sont basés sur des faits et appuyés d'exemples vécus par le sujet et non basés sur les réactions subjectives de ce dernier face à une expérience ou à un événement. Le LEDS propose des dictionnaires d'événements et de difficultés, munis de centaines d'exemples chacun, ce qui facilite le processus de codification. Organisés par domaines de vie, les types d'événements et de difficultés prévus par les dictionnaires incluent événements et difficultés reliés au domaine relationnel, avec l'entourage et le conjoint, aux domaines criminel ou judiciaire, scolaire, financier, de l'emploi, de la santé physique et mentale du cas et de l'entourage, ainsi qu'aux événements et difficultés liés au logement et au décès de personnes proches.

L'instrument prévoit également la classification d'événements sévères selon le potentiel d'humiliation que celui-ci peut provoquer. Tel qu'indiqué, seuls les événements cotés comme « sévères » peuvent faire l'objet de cette deuxième catégorisation.

De plus, la logique inhérente au LEDS est telle que l'identification d'un déclencheur est possible. L'événement déclencheur est le dernier événement au cours des 12 derniers mois précédant le décès coté comme « sévère ». Ainsi, une classification descriptive de l'événement déclencheur est alors possible.

L'échelle d'humiliation se divise en différentes catégories, à savoir; « humiliation abandon définitif relié au comportement sujet », « humiliation abandon définitif », « humiliation simple », « captivité – humiliation par captivité (combiné) », « décès », « santé », « autres types de pertes », « dangers » et « difficulté seulement ». Une précision est amenée quant à la catégorie « humiliation abandon définitif relié au comportement sujet », qui ne fait pas partie de l'échelle originale d'humiliation du Bedford College de Londres. En fait, cette catégorie est un ajout de Tousignant (Zouk et coll., 2006).

Les événements sévères cotés « humiliation abandon définitif relié au comportement sujet » sont les événements qui impliquent un bris définitif dans la relation et qui ont un effet d'humiliation pour la personne. Le bris de la relation implique donc qu'une personne significative exclut, rejette le sujet de sa vie. La dévaluation implique un rabaissement de la personne directement relié à l'échec de son rôle social. La séparation définitive ou l'événement est donc directement lié à l'incapacité du sujet à assumer son rôle social et ses responsabilités. À titre d'exemple, il peut s'agir d'un homme qui a un problème de consommation, qui vole sa conjointe pour payer ses consommations, il n'est pas capable de répondre à ses responsabilités financières (hypothèque, nourriture, etc.), il entre enivré à la maison en provoquant de multiples disputes, voit sa conjointe mettre fin à la relation après plusieurs avertissements, de mettre fin à la relation. Ainsi, les comportements du sujet qui sont qualifiés de chroniques et qui sont perçus comme étant non modifiables sont à la source de la séparation. Puisqu'il ne peut pas changer ses comportements, son identité de conjoint est mise en cause par les critiques dont il est l'objet de la part de sa conjointe étant donné qu'il ne répond pas à son rôle et aux responsabilités qui y sont inhérentes.

Les événements sévères qui cotent selon la catégorie « humiliation abandon définitif » sont les événements qui impliquent un bris définitif dans la relation et qui ont un effet d'humiliation pour la personne. Toutefois, contrairement à l'échelle ci-dessous, l'événement qui amène la séparation et l'humiliation n'est pas lié directement aux comportements du sujet. Il y a bris de la relation ce qui implique encore qu'une personne significative exclut le sujet de sa vie. Il y a également une dévaluation qui implique un rabaissement de la personne, sans que celui-ci soit directement relié à ses comportements. À titre d'exemple, il peut s'agir

d'un homme qui a un problème de consommation, qui n'est pas capable de répondre à ses responsabilités financières (hypothèque, nourriture, etc.), il entre régulièrement à la maison enivré, occasionnant ainsi de multiples disputes et donc la conjointe en question tombe amoureuse d'un autre homme. Il va sans dire que les problèmes d'alcool et ses méfaits ont contribué à la situation, à l'éloignement de la conjointe, mais cette dernière le laisse pour un autre, et non spécifiquement en raison de ses comportements. De cette façon, il y a séparation et humiliation, mais pas de remise en question des comportements inavouables du sujet même s'il y a peu d'espoir de modifier ceux-ci. L'individu est mis en cause, mais pas autant que dans l'exemple précédent.

La catégorie « humiliation simple » est utilisée lorsque l'événement comporte un élément d'humiliation. De cette façon, le LEDS définit ces événements comme ceux occasionnant un sentiment important de diminution de la valeur personnelle, sans qu'il y ait un bris dans la relation avec la personne significative.

La catégorie « entrapment » qui est traduit librement par « en captivité, ou piégé » est utilisée lorsque l'événement en question perdure depuis quelque temps et que c'est de cette façon, par conséquent que la personne à l'impression d'être « en captivité ». En principe, un tel événement tend à s'aggraver avec le temps et il n'y a pas d'effort pour enrayer l'événement. La catégorie « captivité - humiliation par captivité » est utilisée, tout comme pour la « captivité », lorsque l'événement en question perdure depuis quelque temps et qu'il provoque le sentiment de « captivité ». Toutefois, la particularité de cette échelle est le fait que la situation de captivité amène, par le fait même, un sentiment d'humiliation.

La catégorie « décès » fait référence, tel que son nom l'indique, à un événement impliquant la mort d'une personne significative pour le sujet.

La catégorie « autres pertes » est utilisée pour les pertes qui concernent les situations qui ne figurent pas dans les sous-échelles ci-dessous, mais qui consistent tout de même en une perte. Un avortement pourrait être inclus comme un événement dans cette sous-échelle.

La catégorie « danger » n'implique pas nécessairement une perte et n'implique pas de contrainte sur le sujet.

#### 2.6.5 Consommation problématique des parents

Les instruments psychométriques présentés ci-dessus ne prévoient pas l'évaluation de la consommation problématique des parents. Il n'y a donc pas de question spécifique sur cette variable. Cependant, même si nous ne demandions pas ce type d'informations, celles-ci revenaient souvent et elles pouvaient difficilement être ignorées dans la description du comportement du parent, notamment dans les anecdotes obtenues dans le CECA ou le LEDS. Cependant, nous sommes conscients de la complexité sous-jacente à la consommation problématique des parents, ce qui n'a pas été étudié.

Par conséquent, l'objet ici n'est pas d'établir un diagnostic, mais bien de faire ressortir certains indices qui permettent d'établir s'il y a, ou non, une consommation problématique des parents. Ces informations sont recueillies dans le verbatim des répondants lors des entrevues semi-structurées. Seuls les extraits sans équivoque ont été considérés. Lorsque jugée utile, une validation de la consommation problématique des parents auprès du répondant pouvait se faire.

En outre, il faut préciser que le verbatim permettant d'établir s'il y a, ou non, consommation problématique des parents est recueilli sur bande audio, et doit être considéré en fonction du contexte de l'entrevue. De cette manière, la consommation problématique des parents est retenue lorsqu'il y a une évidence de la fréquence de cette consommation et des conséquences liées à celle-ci. Le jugement clinique de l'intervieweur joue, bien sûr, un rôle important dans la sélection des cas retenus.

Ainsi, à titre d'exemple, les extraits suivants ont permis d'établir que le parent avait un problème de consommation.

*« Quand mon père rentrait du travail, il était toujours saoul. Moi pis mes frères on allait se cacher dans notre chambre parce qu'on savait que lui puis ma mère s'engueuleraient encore ».*

*« Quand mon père revenait de travailler, parce qu'y quittait 2-3 mois à la fois, y'était fin pendant une semaine. Après y recommençait à boire pis là c'était pas drôle; y réveillait ma mère quand y rentrait de la taverne, vers 3-4 heures du matin puis y criait des bêtises jusqu'à temps qu'y soit trop fatigué pour continuer. Mon père faisait des scènes parce qu'il avait bu. Mon père mettait ma mère dehors quand y'avait pris un coup, pis y me menaçait quand y'avait bu ».*

*« Le souvenir que j'ai de mon père est de le voir assis avec sa bière sur le fauteuil, saoul tight ».*

*« Je les vois encore se disputer comme si c'était hier. Ma mère sautait un caillot parce que mon père avec dépensé sa paye dans la boisson. Mon père lui, était tellement écœuré d'entendre ma mère chialer que ça lui donnait le goût de boire encore plus ».*

#### 2.6.6 Rapport du coroner

Les rapports du coroner et d'enquête ont été demandés au Bureau du coroner du Québec. Cependant, il importe de préciser que les coroners ne recueillent pas les échantillons sanguins de façon systématique. Dans le cadre de cette étude, les échantillons sanguins ont été demandés par le coroner dans 25 % des cas. Les résultats de ces données ont permis de confirmer les informations colligées.

## 2.7 Procédure de collecte de données

Le premier entretien en est un d'accueil où les formalités des présentations sont faites. Dès ce moment, la création d'un lien est un des buts recherchés. Un retour sur les objectifs de l'étude est également fait et il est demandé ensuite au répondant de lire attentivement le formulaire de consentement (*voir* Appendice D) et, si besoin est, certains points sont clarifiés. Une fois que le consentement libre et éclairé est obtenu, celui-ci est officialisé avec la signature dudit formulaire de consentement. Dès lors, tous les entretiens sont enregistrés sur bande audio, permettant ainsi une plus grande écoute lors des entrevues, et facilitant, ultérieurement, la codification du verbatim du répondant.

La séquence d'entrevues prévoit ensuite la passation du questionnaire traitant des données nominatives et sociodémographiques. Par la suite, le « Childhood Experience of Care and Abuse » (CECA), (Bifulco, Brown et Haris 1986) est administré, suivi du « Structured Clinical Interviews for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I) et Axis II; Personality Disorder diagnosis (SCID-I et SCID-II) (Spitzer et ses collaborateurs, 1984) (First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997), instrument clinique standardisé permettant d'établir les diagnostics selon l'axe I et II du DSM-IV pour les six derniers mois et à vie, mesurant ainsi la présence de psychopathologie chez la personne décédée. Enfin, le Life Events and Difficulties Schedule (LEDS) (Brown, Haris, et Bifulco, 1978, 1986, 1989, traduction et adaptation de Lemyre (1990) est administré afin d'obtenir les données concernant les événements et difficultés de vie vécus par le sujet au cours des 12 derniers mois précédents son décès. Ces instruments seront explicités davantage dans la section suivante.

Après chaque entrevue, une période de « fermeture » de l'entrevue est prévue afin de permettre au répondant de ventiler. Un retour est fait avec les répondants de manière à s'assurer que la participation à la recherche n'a pas créé d'effet indésirable sur leur état psychologique. Le cas échéant, les coordonnées des ressources sont données au répondant et si nécessaire, une intervention sera faite. Un suivi téléphonique quelques jours après l'entrevue est assuré par l'intervieweur afin de vérifier si les personnes interrogées ont bien réagi à l'entrevue et de prendre les mesures nécessaires si la personne est en crise. À ce moment, si le répondant consent toujours à participer, un rendez-vous est prévu afin de poursuivre avec la prochaine entrevue.

## 2.8 Analyses

Des analyses descriptives seront effectuées afin de détailler le groupe à l'étude. Les variables sociodémographiques, les variables reliées au profil de consommation, les attitudes et les soins parentaux, les pertes et les expériences précoces d'adversité vécues au cours de la période de l'enfance et celles concernant les événements et difficultés de vie seront donc décrits. Des statistiques comparatives ( $\chi^2$  pour tableaux de contingences et, le cas échéant, la méthode exacte de Fisher) seront ensuite appliquées. Les analyses sont faites par l'auteure par le biais du logiciel Excel (Microsoft Office 2007).

Cette recherche propose de faire une chronologie par études rétrospectives de certains aspects de la trajectoire de vie des hommes toxicomanes décédés par suicide. Cette méthode, qui est reconnue et fiable pour recueillir de l'information dans le cas de suicides complétés, comporte plus d'avantages et dépasse de loin les faiblesses qui y sont associées (Beskow, Runeson et Åsgård, 1990; Bifulco, Brown et Harris, 1994).

## 2.9 Considérations éthiques

Il importe de rappeler que cette étude s'inscrit dans les travaux de recherches qui sont menés au sein du Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil du Centre de Recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Ainsi, les considérations éthiques respectent celles établies par le laboratoire, lesquelles ont nécessairement été approuvées par leur comité d'éthique. Un minimum de 6 mois doit être passé entre le moment du décès et le début des entrevues afin de permettre à la personne endeuillée de cheminer adéquatement dans son deuil. Les chercheurs associés au laboratoire soutiennent que les risques reliés à un tel devis de recherche sont minimes. Alors qu'il y a peu de risques associés à un tel devis de recherche, cela n'empêche pas que toutes les précautions soient prises en vue d'offrir le soutien nécessaire aux individus qui participeront à l'étude.

La candidate n'est aucunement impliquée dans le processus de recrutement des répondants. Celui-ci est orchestré par des professionnels du Laboratoire. L'étudiante aura contact avec les répondants lorsque ceux-ci auront accepté de participer à l'étude et que les formulaires de consentement seront signés (*voir* Appendice D). L'objectif des recherches et le déroulement des entrevues sont explicités sur ledit formulaire de consentement. Il est également précisé que les répondants peuvent arrêter leur participation à n'importe quel moment durant le processus des entrevues, et ce, sans préjudice.

En cas d'urgence (risque suicidaire), l'équipe prendra les actions thérapeutiques nécessaires. Les entrevues sont effectuées par des cliniciens d'expérience qui ont également reçu une formation à l'intervention de crise. Si la crise persiste, l'intervieweur s'assure que le participant est référé immédiatement et pris en charge par un professionnel en santé mentale. Pour assurer encore plus de prudence, Dr Claude Vanier, le psychiatre en chef de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, associé au groupe de recherche, est disponible en tout temps pour une consultation d'urgence.

Les études antérieures menées par les chercheurs du laboratoire avec les endeuillées de suicide et d'accident de la route (Lesage et ses collaborateurs, 1994; Séguin et ses collaborateurs, 1994; 1995) permettent de constater que l'entrevue donne l'occasion aux endeuillés de parler à un professionnel, dans un contexte d'absence de jugement. De plus, ces entrevues permettent indirectement de dépister des personnes à risque de passer à l'acte suicidaire et d'intervenir rapidement.

Un suivi téléphonique quelques jours après l'entrevue permettra de vérifier si les personnes interrogées ont bien réagi à l'entrevue et de prendre les mesures nécessaires si la personne est en crise.

La longueur des entrevues ne semble pas poser de problème important étant donné le mode de conversation qui est commandé par ce type d'instrument de mesure. Le rythme de l'entrevue est modulé en fonction des besoins des participants, le temps nécessaire leur est accordé pour ventiler à des moments variables lors de l'entrevue afin de répondre aux besoins de chaque répondant. On met fin à l'entrevue si le participant devient trop bouleversé. L'expérience antérieure a favorisé le développement d'expertise dans le domaine du suivi de deuil. Un formulaire de consentement (*voir* appendice D) devra être signé par les participants à l'étude. Les mesures seront prises pour assurer la confidentialité des informations relatives aux participants : les données sont conservées sous clef au Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil du Centre de Recherche Fernand-Séguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et les renseignements nominatifs sont convertis en code numérique.

## CHAPITRE III

### RÉSULTATS

Les résultats présentés dans cette section sont issus d'une banque de données recueillies auprès des tiers de soixante cas ( $n= 60$ ) d'hommes décédés par suicide. La candidate a participé aux entrevues, à la cotation, et elle a effectué les analyses et statistiques.

Ce chapitre va d'abord présenter les caractéristiques du groupe avec un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance. Bien que ces résultats ne soient pas rattachés à aucune hypothèse de l'étude, une description approfondie du groupe qui constitue celui avec diagnostics SPA est présentée puisque, justement la variable des troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives est au cœur de cette étude. Par la suite, ce chapitre compare les cas avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives aux cas sans diagnostic sur différents plans, à savoir : la comorbidité psychiatrique, les situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance ainsi qu'à l'âge adulte, et enfin les événements de vie au cours de la dernière année de vie.

#### 3.1 Caractéristiques des diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substance.

Une description préliminaire du groupe formé des cas décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives est présentée de manière à détailler les éléments d'intérêts inhérents à leur diagnostic. Trois catégories sont proposées, et ce, en fonction de la substance à laquelle le diagnostic est posé.

### 3.1.1 Sous groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool

Le groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool ( $n = 14$ ) comprend des cas ayant soit un diagnostic de dépendance à l'alcool, soit un diagnostic d'abus d'alcool. Rappelons que lorsqu'il y a présence d'un diagnostic de dépendance et d'un diagnostic d'abus pour une même période, la priorité est donnée au diagnostic de dépendance alors que le diagnostic d'abus est tout de même inclus (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). Ces diagnostics couvrent trois catégories temporelles, soit : au cours de la vie, lors des six derniers mois précédents le décès ou encore s'il est posé pour la vie et lors des six derniers mois.

Les cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'alcool ont généralement soit un diagnostic de dépendance seulement, soit un diagnostic d'abus seulement. Cependant, parmi les quatorze sujets qui figurent dans ce groupe ( $n = 14$ ), deux cas ont, à la fois, un diagnostic de dépendance et un diagnostic d'abus qui couvre une période différente. De cette façon, le nombre de diagnostics dépasse le nombre de cas. Ainsi, le diagnostic de dépendance est présent à sept reprises, et ce, chez sept cas ( $n = 7/14$ ), représentant 50 % des cas, tandis que le diagnostic d'abus d'alcool est présent à neuf reprises, soit chez neuf cas ( $n = 9/14$ ), donc chez 64 % des cas.

Parmi ces derniers, 43 % ( $n = 6/14$ ) des cas ont un diagnostic de dépendance ou d'abus à l'alcool à la fois lors des six derniers mois et à vie. Seulement 1 cas sur 14 (14 %;  $n = 1/14$ ) a un diagnostic lors des six derniers mois soit un diagnostic de dépendance à l'alcool lors des six derniers mois, alors que 64 % ( $n = 9/14$ ) des cas ont un diagnostic de dépendance ou d'abus à vie. Tel que mentionné précédemment, au sein du sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool, deux cas ont, à la fois, un diagnostic de dépendance et d'abus d'alcool.

### 3.1.2 Sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues

Le sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues ( $n = 9$ ) comprend les cas ayant, soit un diagnostic de dépendance aux drogues, soit un diagnostic d'abus de drogues, soit au cours de la vie, soit lors des six derniers mois précédant le décès ou encore, soit à vie ainsi que lors des six derniers mois.

Lorsque le sous-groupe composé de cas ayant un diagnostic de troubles liés aux drogues ( $n = 9$ ) est analysé en terme du type de diagnostic (dépendance par opposition à abus) ainsi que la période pour laquelle le diagnostic est posé, il est possible de déterminer que sept cas sur neuf ( $n = 7/9$ ) ont un diagnostic de dépendance aux drogues. Lorsque ces sept cas sont analysés davantage, cinq cas ( $n = 5$ ) obtiennent un diagnostic de dépendance aux drogues à la fois lors des six derniers mois et à vie. Un seul cas ( $n = 1$ ) obtient un diagnostic de dépendance aux drogues lors des six derniers mois, et un cas ( $n = 1$ ) un diagnostic de dépendance aux drogues à vie. De cette façon, cinq cas sur sept ( $n = 5/7$ ) avec un diagnostic de dépendance à l'alcool ont celui-ci au cours des six derniers mois précédant leur décès.

### 3.1.3 Sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool

Le sous-groupe de cas ayant à la fois un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool ( $n = 17$ ) comprend les cas ayant soit un diagnostic de dépendance à l'alcool ou aux drogues, soit un diagnostic d'abus d'alcool ou aux drogues. Le tableau 3.1 indique le nombre de diagnostics en fonction du type (dépendance par opposition à abus) et de la période (à vie, six derniers mois, et à vie ainsi que lors des six derniers mois) pour le sous-groupe avec diagnostics de trouble liés à l'utilisation de l'alcool et aux drogues.

Tableau 3.1

*Description du nombre de diagnostics en fonction du type de diagnostic (dépendance par opposition à abus) et de la période (à vie, six derniers mois et à vie ainsi que lors des six derniers mois) pour le sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool et de drogues (n = 17.)*

	À vie et Six derniers mois	Six derniers mois	À vie
Dépendance à l'alcool	8	1	2
Abus d'alcool	3	3	2
Dépendance aux drogues	9	1	1
Abus de drogues	4	0	3

Le diagnostic de dépendance à l'alcool est présent chez onze cas ( $n = 11/17$ ) alors que le diagnostic d'abus d'alcool est présent chez huit cas ( $n = 8/17$ ). Le diagnostic de dépendance aux drogues est présent chez onze cas ( $n = 11/17$ ), alors que le diagnostic d'abus de drogues est présent chez sept cas ( $n = 7/17$ ). Au sein de ce sous-groupe, le diagnostic de dépendance à l'alcool est davantage présent « à vie et lors des six derniers mois », alors qu'il n'y a pas de tendance quant au diagnostic d'abus d'alcool. Concernant le diagnostic de dépendance aux drogues, celui-ci est majoritairement retrouvé « à vie et lors des six derniers mois ». Quant au diagnostic d'abus de drogues, celui-ci n'est jamais retrouvé « uniquement lors des six derniers mois ».

L'appendice J présente une description détaillée des diagnostics en spécifiant la nature de la substance pour les dix-sept cas qui figurent dans le sous-groupe avec diagnostics de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool.

## 3.1.4 Durée

Au total, 62 diagnostics sont donnés aux cas du groupe SPA. Le tableau 3.2 indique que, toutes substances confondues, le diagnostic de dépendance est présent à trente-cinq reprises. Toujours au sein de ce groupe, et nonobstant la substance, vingt-et-un (21) diagnostics de dépendance perdurent depuis plus de 10 ans, représentant 60 % des diagnostics de dépendance. Il y a occurrence de onze (11) diagnostics de dépendance qui ont une durée de 10 ans et moins, représentant 31 % des diagnostics de dépendance. Pour le reste, soit trois (3) diagnostics, l'information n'est pas disponible.

Quant au diagnostic d'abus de substances, qui est présent à vingt-sept reprises, il est établi que sept (7) diagnostics d'abus perdurent depuis plus de 10 ans, ce qui représente 26 % des diagnostics d'abus, alors que treize (13) diagnostics d'abus, soit 48 % de ceux-ci perdurent depuis moins de 10 ans. Pour sept (7) diagnostics d'abus, l'information n'est pas disponible.

Tableau 3.2

*Description du nombre de diagnostics en fonction de la durée de la consommation pour le sous-groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.*

	Dépendance			Abus			
	Alcool	Drogues	Total	Alcool	Drogues	Total	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	
Moins d'un an	1	2	3	3	0	3	
1 à 5 ans	3	0	3	3	2	5	
5 à 10 ans	2	3	5	4	1	5	
10 à 20 ans	4	5	9	1	1	2	
Plus de 20 ans	5	7	12	3	2	5	
Ne sait pas	2	1	3	4	3	7	
Total en	<i>n</i>	17	18	35	18	9	27
	<i>%</i>	27	29		29	15	

### 3.1.5 Nature de la substance

Cette section décrit la nature de la substance en cause dans le diagnostic (voir tableau 3.3). La consommation de cocaïne est la substance la plus utilisée, étant présente dans 73 % ( $n = 19/26$ ) des cas. Le cannabis est au deuxième rang, avec un taux de 23 % ( $n = 6/26$ ).

Tableau 3.3

*Description de la nature de la substance en fonction du groupe « drogues » ( $n = 9$ ) et du groupe « drogues et à l'alcool » ( $n = 17$ )*

	Diagnostic SPA Drogues		Diagnostic SPA Drogues et Alcool		Total	
	$\frac{n}{(n = 9)}$	%	$\frac{n}{(n = 17)}$	%	$\frac{n}{(n = 26)}$	%
Cocaïne	3	33	4	24	7	27
Cannabis (seul ou non)	3	33	3	18	6	23
Amphétamines	0	0	1	5	1	4
Cocaïne et autres drogues	3	33	9	53	12	46

Nous constatons qu'au sein du sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de la drogue seulement, qu'un tiers des cas (33 %) ont un trouble lié à l'utilisation de la cocaïne (prise seule), alors qu'un tiers des cas (33 %) ont un trouble lié à l'utilisation de la cocaïne prise avec une ou plusieurs autres substances. Enfin, le cannabis (pris seul ou avec hallucinogène) représente un tiers (33 %) des cas.

En ce qui a trait au sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool ( $n = 17$ ), nous retrouvons également un pourcentage important de diagnostic lié à l'utilisation de la cocaïne, soit prise seule (24 %), soit prise avec d'autres substances (53 %), alors que les diagnostics liés à l'utilisation unique du cannabis sont présents dans 18 % des cas. Enfin, un seul cas a un diagnostic de troubles liés à l'utilisation d'amphétamines (5 %).

Les appendices K et L présentent, respectivement, une description des 9 cas formant le sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues ainsi qu'une description des 17 cas formant le sous-groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool tout en considération le type de diagnostic (c.-à-d. diagnostic d'abus et/ou de dépendance) et la période pour laquelle le diagnostic est posé (à vie, lors des six derniers mois et à vie + six derniers mois).

### 3.1.6 Consommation problématique des parents

Le tableau 3.4 présente la consommation problématique des parents en précisant de quel parent et de quelle substance il s'agit.

Tableau 3.4

*Description de la consommation problématique des parents*

	Groupe avec diagnostic SPA ( <i>n</i> = 40)		Groupe sans diagnostic SPA ( <i>n</i> = 20)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mère alcool et drogues	0	0	1	5
Mère alcool	1	2	1	5
Mère drogue	1	2	0	0
Père alcool	15	38	3	15
Aucune consommation	23	58	15	75

Les résultats montrent que la consommation problématique des parents est présente chez 37 % des cas (*n* = 22/60) de l'échantillon total. Ainsi, 42 % (*n* = 17/40) des parents des cas SPA ont un problème quelconque concernant la consommation comparativement à 25 % (*n* = 5/20) chez le sous-groupe n'ayant pas de diagnostic SPA ( $\chi^2(1) = 1,76$ , n.s.).

Sur les dix-sept cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, 6 % ( $n = 1/17$ ), de ces derniers ont vécu avec une mère qui avait une consommation problématique, et ce, tant pour l'alcool que pour la drogue. La consommation problématique d'alcool de la part du père est le profil qui est le plus souvent trouvé en ce qui concerne les cas à l'étude, et ce, à un taux de 88 % ( $n = 15/17$ ). Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre le groupe SPA et le groupe sans SPA quant à la consommation problématique du père ( $\chi^2(1) = 3,21$ , n.s.), il est établi que 80 % ( $n = 12/15$ ) des cas qui ont un père qui consomme l'alcool de façon problématique ont eux aussi un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool.

### 3.1.7 Profil des difficultés reliées à la consommation

Le profil des difficultés reliées à la consommation d'alcool et de drogues est obtenu par le biais du SCID, soit spécifiquement en lien avec les questions sur la symptomatologie associée aux troubles liés à l'utilisation d'une substance. Ces problèmes peuvent avoir eu lieu à n'importe quelle période de la vie du sujet et non nécessairement au cours de la dernière année précédant le décès.

Le tableau 3.5 décrit les catégories de problèmes liés à la consommation. Un taux minimal de 40 %, et moyen de 50 % ( $M = 50$ ;  $ET = 6,45$ ) est constaté pour toutes les catégories de problèmes (familiaux, domestiques, financiers, judiciaires, au travail, et autres). L'envergure des problèmes sera décrite dans la section traitant des événements et des difficultés vécus au cours de la dernière année de vie des cas.

Tableau 3.5

*Description des catégories de problèmes liés à la consommation (n = 40)*

	Présence de problèmes		Absence de problème		Information non disponible	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Problèmes familiaux	16	40	22	55	2	5
Problèmes domestiques	19	47	19	47	2	5
Problèmes financiers	17	43	21	53	2	5
Problèmes judiciaires	20	50	18	45	2	5
Problèmes au travail	24	60	14	35	2	5
Autres problèmes	18	45	21	53	1	3

Le tableau 3.6 présente le nombre de catégories dans lequel les cas ont connu des problèmes. Nous retrouvons plus de la moitié (65 %) des cas ayant connu au moins trois catégories dans lesquelles ils ont vécu des problèmes associés aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives et seulement 5 % n'ayant connu aucun problème.

Tableau 3.6

*Nombre de catégories de problèmes pour les cas avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (n = 40)*

Nombre de sphères	<u>n</u>	<u>%</u>
0	2	5
1	5	13
2	6	15
3	14	35
4	5	13
5	6	15
6	1	2
Non disponible	1	2
Total	40	100

### 3.2 Comorbidité psychiatrique

La première hypothèse postule que les hommes décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront une plus grande comorbidité psychiatrique que les suicidés sans diagnostics de troubles reliés aux substances psychoactives.

## 3.2.1 Nombre de diagnostics

Le tableau 3.7 présente le nombre de diagnostics pour le groupe avec diagnostic SPA ainsi que le groupe sans diagnostic SPA. Afin de bien comparer le nombre de diagnostics entre les deux groupes, nous avons exclu tous les diagnostics associés aux troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive. De plus, nous précisons que lorsqu'un diagnostic est présent « à vie » ainsi que « lors des six derniers mois », celui-ci est comptabilisé une seule fois.

Tableau 3.7

*Nombre de diagnostics en fonction des groupes avec et sans diagnostic SPA*

Nombre de diagnostics	Groupe avec diagnostic SPA excluant les diagnostics de nature SPA (n = 40)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aucun	0	0	3	3
Un	10	25	5	5
Deux	9	23	5	5
Trois	8	20	4	4
Quatre	7	18	2	2
Cinq	4	10	0	0
Six	1	3	0	0
Sept	0	0	1	1
Huit	0	0	0	0
Neuf	1	3	0	0

La moyenne de diagnostics obtenue par le groupe SPA est de près de 2 diagnostics ( $M = 2,88$  diagnostics;  $ET = 1,73$ ) de même que pour le groupe sans SPA ( $M = 2,10$  diagnostics;  $ET = 1,68$ ).

À des fins statistiques, dans le but de comparer les deux groupes (avec et sans diagnostics liés à l'utilisation de substances psychoactives), nous avons choisi de regrouper les diagnostics de la façon suivante, à savoir, « deux ou moins diagnostics » comparativement à « plus de deux diagnostics ». Ce choix s'explique par le fait que la moyenne pour les deux groupes se situe à près de deux diagnostics.

Les résultats démontrent ainsi une différence significative ( $\chi^2(1) = 4,27, p < 0,05$ ) entre les deux groupes où les hommes décédés par suicide avec diagnostic SPA ont un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques que les hommes sans un tel diagnostic, et ce, en excluant les diagnostics SPA.

### 3.2.2 Comparaison des groupes en fonction de la période de la présence du diagnostic

Sans égard qu'un même diagnostic peut apparaître à deux reprises, comme il est le cas pour un diagnostic de dépendance à l'alcool lors des six derniers mois et à vie, le tableau 3.8 présente le nombre de diagnostics lors des six derniers mois ainsi que les diagnostics à vie pour les groupes avec et sans diagnostics SPA.

Tableau 3.8

Description du nombre de diagnostics « à vie » et lors des « six derniers mois » en fonction des groupes avec et sans diagnostic SPA

Nombre de diagnostics	Groupe avec diagnostic SPA excluant les diagnostics de nature SPA [n = 40]				Groupe sans diagnostic SPA [n = 20]			
	< 6 mois		À vie		< 6 mois		À vie	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aucun	5	13	4	10	3	15	6	30
Un	12	30	11	27	9	45	5	25
Deux	18	45	8	20	5	25	4	20
Trois	2	5	9	23	2	10	3	15
Quatre	2	5	4	10	1	5	1	5
Cinq	1	2	1	3	0	0	0	0
Six	0	0	3	7	0	0	0	0
Sept	0	0	0	0	0	0	1	5

Concernant le groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance, en excluant du compte cesdits diagnostics, la moyenne de diagnostics « à vie » obtenue par ce groupe est de près de 2 diagnostics [ $M = 2,33$  diagnostics;  $ET = 1,64$ ]. Concernant le groupe n'ayant pas de diagnostic SPA, la moyenne du nombre de diagnostics à vie se situe à près de un [ $M = 1,25$  diagnostic;  $ET = 1,07$ ]. Nous avons donc décidé de comparer les groupes sur la base de « deux diagnostics ou moins à vie » par opposition à « plus de deux diagnostics ». Il importe de préciser que les moyennes étaient difficilement comparables à l'aide d'un test *t* en raison du fait que la distribution présente un effet *plancher*, c'est-à-dire que 25 % de l'échantillon total présente 1 seul diagnostic. Par conséquent, une dichotomisation de cette variable était de mise, permettant ensuite de faire un test de khi-carré [ $\chi^2$ ]. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant au nombre de diagnostics « à vie ».

Concernant le nombre de diagnostics lors des « six derniers mois », le groupe sans SPA a une moyenne de 1,30 [ $M = 1,30$  diagnostic;  $ET = 0,86$ ] alors que le groupe avec SPA a une moyenne de 1,68 [ $M = 1,68$  diagnostic;  $ET = 1,64$ ]. En utilisant la même dichotomie que précédemment, il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant au nombre de diagnostics « lors des six derniers mois ».

En somme, lorsque les analyses sont faites en fonction de la durée « à vie » par opposition à « six derniers mois », il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Cependant, les résultats démontrent une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre de diagnostics où les hommes décédés par suicide avec diagnostic SPA ont un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques que les hommes sans un tel diagnostic, et ce, en excluant les diagnostics SPA.

### 3.2.3 Nature des troubles diagnostiqués

Le tableau 3.9 présente le nombre de cas ayant un diagnostic de troubles mentaux autre que le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances, et ce, de façon isolé ou en comorbidité.

Tableau 3.9

*Comparaison de la présence ou non des troubles mentaux en fonction d'un diagnostic SPA*

	Groupe avec diagnostic SPA [n = 40]		Groupe sans diagnostic SPA [n = 20]		Fisher
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Trouble de l'humeur	26	65	12	60	n.s.
Trouble de la personnalité limite	16	40	3	15	<i>p</i> < 0,05
Trouble de la personnalité antisociale	18	45	2	10	<i>p</i> < 0,05
Trouble de la conduite	20	50	3	15	<i>p</i> < 0,05
Trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité	10	25	2	10	n.s.
Trouble de l'opposition	2	5	2	10	n.s.
Trouble de l'adaptation	5	13	1	5	n.s.
Troubles anxieux	7	18	4	20	n.s.
Trouble de la personnalité non spécifiée	6	15	2	10	n.s.
Schizophrénie	1	3	3	15	n.s.
Autre [paraphilies, jeu pathologique, anorexie, etc.]	2	5	5	25	n.s.

Pour chacun des diagnostics, compte tenu des faibles fréquences, les différences de proportions des troubles entre les groupes sont analysées à l'aide de la méthode exacte de Fisher. Il n'y a aucune différence significative concernant les troubles de l'humeur, le trouble déficitaire de l'attention et d'hyperactivité, le trouble de l'opposition, le trouble anxieux, le trouble de la personnalité non spécifiée, la schizophrénie et les autres troubles [paraphilies, jeu pathologique, anorexie, etc.].

Il y a une différence significative pour le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la conduite.

### 3.2.4 Comorbidité

Le tableau 3.10 présente la comorbidité concernant le trouble de l'humeur, le trouble de la personnalité [antisociale ou limite] et trouble du comportement [incluant le TDAH, le trouble de l'opposition et le trouble de la conduite].

Tableau 3.10

Prévalence de la comorbidité dans les diagnostics psychiatriques chez les hommes décédés par suicide pour la période « à vie »

Diagnostics et diagnostic secondaires	Groupe avec diagnostic SPA [n = 40]		Groupe sans diagnostic SPA [n = 20]		Fisher
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
▪ Trouble SPA Trouble de l'humeur Trouble du comportement Troubles de la personnalité [antisociale ou limite]	12	30	0	0	<i>p</i> < 0,05
▪ Trouble SPA Trouble de l'humeur Trouble du comportement	2	5	0	0	<i>n.s.</i>
▪ Trouble SPA Trouble de l'humeur Trouble de la personnalité	2	5	0	0	<i>n.s.</i>
▪ Trouble SPA Trouble du comportement Trouble de la personnalité	9	23	0	0	<i>p</i> < 0,05
▪ Trouble SPA Trouble de l'humeur	10	25	0	0	<i>p</i> < 0,05
▪ Trouble SPA Trouble du comportement	0	0	0	0	—
▪ Trouble SPA Trouble de la personnalité	1	3	0	0	<i>n.s.</i>
▪ Trouble de l'humeur Trouble du comportement Troubles de la personnalité	0	0	1	5	<i>n.s.</i>
▪ Trouble de l'humeur Trouble du comportement	0	0	2	10	<i>n.s.</i>
▪ Trouble de l'humeur Troubles de la personnalité	0	0	2	10	<i>n.s.</i>
▪ Trouble du comportement Troubles de la personnalité	0	0	0	0	—

Concernant le groupe avec diagnostic SPA, les résultats nous démontrent une comorbidité dans 91 % des cas [ $n = 36/40$ ]. La combinaison de diagnostics la plus communément trouvée est celle qui compte quatre diagnostics, à savoir *Trouble SPA – Trouble de l’humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, qui se retrouve dans 30 % des cas [ $n = 12/40$ ]. Par la suite, la combinaison des diagnostics suivants se retrouve dans 25 % des cas [ $n = 10/40$ ] *Trouble SPA – Troubles de l’humeur*. La présence de *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité* est présente dans 23 % des cas [ $n = 9/40$ ]. Les autres combinaisons, qui représentent 13 % des cas, impliquent un ou l’autre des diagnostics.

Parmi les quatre cas avec un diagnostic SPA qui ne figurent pas dans ce tableau, deux cas ont seulement un diagnostic de trouble lié à l’utilisation d’une substance [ $n = 2/40$ ], ce qui fait en sorte que seulement 5 % du groupe SPA ont seulement un diagnostic lié à l’utilisation d’une substance.

Quant au groupe sans diagnostic SPA, seulement 25 % de cas sont touchés par une des combinaisons décrites ci-dessus. Parmi les cinq cas [ $n = 5/20$ ] décrits dans le tableau, ces derniers ont tous une comorbidité liée aux troubles de l’humeur.

Compte tenu des faibles fréquences pour chacune des combinaisons des diagnostics concomitants, les différences des proportions entre les groupes sont analysées à l’aide de la méthode exacte de Fisher. Il y a une différence significative pour la combinaison *Trouble SPA – Trouble de l’humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, la combinaison *Trouble SPA – Trouble de l’humeur*, et la combinaison *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*.

Somme toute, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en fonction de la durée des diagnostics à savoir, « à vie » par opposition à « six derniers mois ». Les résultats démontrent cependant une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre de diagnostics. De cette façon, les hommes décédés par suicide avec diagnostic SPA ont un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques que les hommes sans un tel diagnostic, et ce, en excluant les diagnostics SPA. Il y a également une différence significative entre les deux groupes quant à la présence des combinaisons suivantes : 1) *Trouble SPA – Trouble de l'humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, 2) *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, et 3) *Trouble SPA – Trouble de l'humeur*. L'hypothèse qui postule que les hommes décédés par suicide avec diagnostic SPA auront une plus grande comorbidité psychiatrique que le groupe sans diagnostic SPA est donc confirmée. Bien que le groupe avec diagnostic SPA ait un plus grand nombre de diagnostics, excluant le diagnostic SPA, il importe de préciser que les différences significatives concernant les diagnostics en concomitance sont celles où il y a nécessairement un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.

### 3.3 Expériences d'adversité à l'enfance

La deuxième hypothèse postule que les hommes décédés par suicide ayant un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront davantage vécu des situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale comparativement aux hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA. La plupart des variables sont catégorisées « sévère ou modérément sévère » par opposition à « quelque peu ou pas du tout ».

La première donnée d'intérêt pour la vérification de cette hypothèse concerne la variable rejet/abandon, où de plus hauts taux sont attendus pour le groupe SPA. Selon cette perspective, l'hypothèse est réfutée.

Cette étude veut également vérifier si les hommes décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives ont, comparativement aux hommes sans diagnostic, vécu plus de situations d'adversité à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale. Ainsi, les analyses statistiques montrent la présence de différence significative, et ce, concernant la variable « indifférence/négligence » et « supervision/discipline ».

### 3.3.1 Description des résultats en fonction des variables

Le tableau 3.11 à la page suivante présente une description des variables du CECA en fonction de la présence ou non du diagnostic SPA.

Tableau 3.11

*Description des variables CECA en fonction de la présence ou non du diagnostic SPA*

	Groupe avec diagnostic SPA <sup>1</sup> (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)		$\chi^2$	df
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Rejet/abandon</b>						
Sévère ou modéré	22	57	7	35	2,75	1
Quelque peu ou pas	16	42	13	65		
<b>Indifférence/négligence</b>						
Sévère ou modéré	27	71	8	40	5,28*	1
Quelque peu ou pas	11	28	12	60		
<b>Discipline</b>						
Sévère ou Relâchée - inconstant	33	83	11	55	6,12*	1
Modérée	6	15	9	45		
<b>Supervision</b>						
Sévère ou Relâchée-inconstante	29	73	10	50	4,12*	1
Modérée	9	22	10	50		
<b>Chaleur affective</b>						
Manque sévère ou modéré	24	63	9	45	1,76	1
Quelque peu ou pas	14	36	11	55		
<b>Antipathie</b>						
Sévère ou modérée	17	43	7	35	0,40	1
Quelque peu ou pas	22	56	13	65		
<b>Renversement des rôles</b>						
Sévère ou modéré	13	33	3	15	2,25	1
Quelque peu ou pas	26	66	17	85		
<b>Abus psychologique</b>						
Sévère ou modéré	21	53	9	45	0,41	1
Quelque peu ou pas	18	46	11	55		

<sup>1</sup> Il importe de préciser qu'en raison du manque d'informations pour 1 ou 2 cas (selon les variables) du groupe SPA, les résultats sont analysés pour cinquante-neuf ou cinquante-huit cas plutôt que soixante.

Tableau 3.11 (suite)

Description des variables CECA en fonction du nombre de cas, excluant de la part de quel parent

	Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)		$\chi^2$	df
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
<b>Favoritisme</b>						
S seulement	6	15	3	15	0,69	1
Autre que S	11	28	8	40		
Pas de favoritisme	22	56	9	45		
<b>Bouc émissaire</b>						
S seulement	3	8	3	15	n.s. †	1
Autre que S	4	10	0	0		
Pas de favoritisme	32	82	17	85		
<b>Secret</b>						
S porteur de secrets	4	10	4	20	0,06	1
Contexte de non-dits	6	15	4	20		
S victime de secret	3	7	0	0		
Aucun secret	24	60	12	60		
Expérience traumatique	3	7	0	0		
<b>Tensions et discordes familiales</b>						
Sévère ou modéré	23	58	8	40	1,91	1
Quelque peu ou pas	15	40	12	60		
<b>Abus physique parental</b>						
Sévère ou modéré	19	48	5	25	3,08	1
Quelque peu ou pas	20	50	15	75		
<b>Abus sexuel</b>						
Relation sexuelle/viol	3	7	2	10	n.s. †	1
Toucher inappropriés	4	10	1	5		
Aucun	31	77	17	85		

\*  $p < 0,05$

† Postulats non respectés pour les calculs des contingences. Méthode exacte de Fisher utilisée.  
Résultats non significatifs

Il n'y a pas de différence significative quant à la variable « rejet/abandon » ( $\chi^2(1) = 2,75$ , n.s.). Il y a cependant présence de différence significative concernant la variable « indifférence/négligence », « discipline » et « supervision ». En effet, les résultats montrent que 71 % ( $n = 27/38$ ) des cas dans le groupe avec diagnostic SPA ont vécu de l'indifférence/négligence comparativement à 40 % ( $n = 8/20$ ) pour le groupe sans diagnostic SPA. Cette différence est significative ( $\chi^2(0,0216) = 5,28$ ,  $p < 0,05$ ). Quant à la discipline, les résultats montrent que 83 % ( $n = 33/39$ ) des cas SPA ont connu un mode disciplinaire caractérisé de relâché, inconstant ou de sévère, comparativement à 55 % ( $n = 11/20$ ) chez les cas sans diagnostic. Cette différence est significative ( $\chi^2(0,0134) = 6,12$ ,  $p < 0,05$ ). Pour la variable supervision, les résultats indiquent que 73 % ( $n = 29/40$ ) des cas SPA ont connu un mode de supervision relâché, inconstant ou sévère alors que ce taux est de 50 % ( $n = 10/20$ ) chez les cas sans diagnostic. Cette différence est significative ( $\chi^2(0,0424) = 4,12$ ,  $p < 0,05$ ).

Il n'y a aucune différence entre les deux groupes concernant les autres variables. Cependant, comme certaines études établissent un lien entre le suicide et les variables liées aux expériences d'adversité à l'enfance, l'appendice N présente une description de ces dernières.

### 3.3.2 Description des résultats en fonction du parent

L'appendice O présente les variables en fonction des deux groupes (avec et sans diagnostic SPA) pour chacun des parents. Ces résultats décrivent le détail des variables en fonction de chaque parent, et ce, pour chaque groupe. Une seule différence significative est observée entre les deux groupes lorsque les variables sont comparées en fonction du parent.

Il a déjà été établi qu'il y a une différence significative entre les deux groupes concernant le mode de discipline. Les présents résultats nous permettent de préciser cette information. En effet, il y a une différence significative entre les deux groupes concernant le mode de discipline relâchée/inconstant exercé par le père. Dans le groupe ayant un diagnostic SPA, 75 % ( $n = 30/38$ ) des cas ont connu un mode de discipline sévère/autoritaire ou relâché/inconstant alors que 20 % ( $n = 8/38$ ) ont connu un mode de discipline modéré, c'est-

à-dire ferme, mais juste de la part de leur père. Chez le groupe sans diagnostic SPA, 50 % ( $n = 10/20$ ) ont connu un mode de discipline sévère/autoritaire, relâché ou inconstant et 50 % ( $n = 10/20$ ) ont grandi avec un mode de discipline modéré et juste de la part de leur père. Nous retrouvons alors une différence significative entre les deux groupes, à savoir que les pères des cas avec diagnostic SPA étaient plus sévères, autoritaires ou relâchés et inconstants dans leur mode de discipline que les pères du groupe sans diagnostic ( $\chi^2(1) = 5,13, p < 0,05$ ).

Somme toute, l'hypothèse qui postule que les hommes décédés par suicide avec un diagnostic SPA auront vécu plus de situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance est, en partie, réfutée. Ainsi, quant au rejet et à l'abandon, il n'y a pas de différence significative. Cependant, les résultats démontrent que les hommes avec diagnostics SPA ont, comparativement aux hommes sans diagnostic, vécu plus de situations d'adversité à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale, et ce, concernant les variables « indifférence/négligence » et « supervision/discipline ». De plus, les résultats démontrent une différence significative entre les deux groupes à l'égard de la variable « supervision/discipline » où les pères des cas avec diagnostic SPA étaient plus sévères, autoritaires ou relâchés et inconstants dans leur mode de discipline que les pères du groupe sans diagnostic SPA.

#### 3.4 Événements de vie au cours de la dernière année de vie

Deux hypothèses font l'objet de cette section :

- a) La troisième hypothèse postule que les hommes avec SPA auront vécu davantage d'événements de vie au cours de leur dernière année de vie comparativement aux hommes sans diagnostic SPA, et ce, tant en ce qui concerne le nombre, la nature et la fréquence des événements de vie.
- b) La quatrième hypothèse postule que les hommes avec SPA ont connu plus de situations de rejet et d'abandon au cours de la dernière année de leur vie que les hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA.

Les événements de vie ainsi que les difficultés « sévères » vécues au cours de la dernière année de vie sont obtenus par le biais du LEDES. Rappelons que seuls les événements et difficultés cotés de « sévère » sont retenus pour le traitement statistique.

#### 3.4.1 Nombre d'événements « sévères »

L'appendice P présente la description du nombre d'événements « sévères » vécus au cours de la dernière année avant le décès. Nous observons que tous les cas ont vécu au moins un événement de vie sévère lors des douze derniers mois précédant leur suicide.

Pour l'échantillon total, il y a au moins 3 événements de vie sévère ( $M = 3,39$  événements;  $ET = 2,30$ ). Quant au groupe avec diagnostic SPA, la moyenne est également à plus de 3 événements au cours de l'année précédente le suicide ( $M = 3,64$  événements;  $ET = 2,17$ ). Concernant le groupe sans diagnostic SPA, la moyenne est légèrement en deçà de 3 événements au cours de l'année précédente le suicide ( $M = 2,95$  événements;  $ET = 2,50$ ).

À des fins statistiques, dans le but de comparer les deux groupes (avec et sans diagnostics liés à l'utilisation de substances psychoactives) et tel qu'illustré au tableau 3.12 ci-dessous, nous avons choisi de regrouper les événements de la façon suivante : trois événements sévères ou moins au cours de la dernière année, comparativement à plus de trois événements sévères. Les résultats démontrent que plus de 54 % des cas ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ont connu moins de trois événements sévères au cours de la dernière année de leur vie alors que ce taux est de 70 % chez le groupe n'ayant pas un diagnostic SPA. Cependant, cette différence n'est statistiquement pas significative ( $\chi^2(1) = 1,43$ , n.s.).

Il y a toutefois une différence significative lorsque les événements sont regroupés de la façon suivante : un événement sévère comparativement à plus d'un événement sévère ou multi événement sévère. En effet, nous trouvons, avec la méthode exacte de Fisher, une différence significative ( $p < 0,05$ ) à savoir où 76 % des cas SPA ont vécu plus d'un événement au cours de la dernière année de leur vie tandis que ce taux est de 24 % dans le groupe n'ayant pas de diagnostic SPA.

Tableau 3.12

*Regroupement du nombre d'événements sévères vécus par les cas au cours de la dernière année de leur vie*

	Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)		$\chi^2$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Moins de trois événements	21	54	14	70	<i>n.s</i>
Plus de trois événements	18	46	6	30	
Un événement	5	13	9	45	<i>Fisher</i> $p < 0,05$
Plus d'un événement	34	87	11	55	

### 3.4.2 Type d'événements

De façon générale, le type d'événements rencontrés comprend tous les types d'événements répertoriés par le LEDS. Le tableau 3.13 ci-dessous contient les détails quant au type d'événements sévères, la fréquence à laquelle l'événement a été présent chez les cas et le nombre de cas touchés par le type d'événement en question.

Nous remarquons, que 54 % ( $n = 21$ ) des cas avec diagnostic SPA ont connu des difficultés conjugales sévères, 44 % ( $n = 17$ ) ont vécu des événements reliés au domaine relationnel (avec autre que conjointe), 44 % ( $n = 17$ ) ont vécu des événements reliés au domaine criminel ou judiciaire et que plus de 31 % ( $n = 12$ ) des cas ont connu des difficultés liées au domaine psychiatrique.

En ce qui a trait au groupe n'ayant pas de diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, nous observons que plus de 60 % ( $n = 12/20$ ) des cas ont connu des événements sévères touchant leurs relations avec leur conjointe, 45 % ( $n = 9/20$ ) ont connu des difficultés relationnelles avec autrui, alors que 30 % ( $n = 6/20$ ) ont connu des événements sévères liés au domaine du travail ou de l'emploi.

Lorsque nous comparons les groupes entre eux, à l'aide de la méthode exacte de Fisher compte tenu des faibles fréquences, nous trouvons une seule différence significative concernant les événements liés au domaine criminel ou judiciaire, qui sont présents dans 44 % des cas avec diagnostic SPA alors que le groupe sans SPA présente 10 % ( $p < 0,05$ ).

Tableau 3.13

*Fréquence total des événements sévères et description du nombre de cas impliqué.*

Nature de l'événement	Groupe avec SPA (n = 39)			Groupe sans SPA (n = 20)		
	Fréquence des événements	Nombre de cas impliqués		Fréquence des événements	Nombre de cas impliqués	
		<i>n</i>	<i>%</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Éducation	0	0	0	2	2	10
Travail	6	6	15	9	6	30
Reproduction/Fertilité	4	2	5	0	0	0
Logement	5	5	13	1	1	5
Financière	7	6	15	0	0	0
Criminel ou judiciaire	26	17	44	2	2	10
Santé	7	7	18	6	5	25
Tentative de suicide	8	6	15	3	3	15
Problèmes associés à la psychiatrie	19	12	31	8	5	25
Problèmes relationnels avec conjoint	32	21	54	15	12	60
Problèmes relationnels autres	24	17	44	13	9	45
Décès/Autres	5	5	13	0	0	0

### 3.4.3 Difficultés

Le concept de difficulté au sens du LEDS consiste en une situation ou une condition problématique qui perdure sur une période d'au moins quatre semaines. Elle peut également contribuer à déterminer l'importance de l'événement. De façon globale, plus de 80 % des cas ( $n = 48/59$ ) ont vécu des difficultés sévères au cours de la dernière année de leur vie. Ainsi, près de 85 % des cas issus du groupe avec diagnostic SPA ( $n = 33/39$ ) ont vécu une difficulté au cours de la dernière année précédente leur suicide alors que 75 % ( $n = 15/20$ ) ont vécu des difficultés au sein du groupe sans diagnostic SPA (voir tableau 3.14).

Quant à la nature des difficultés vécues, les difficultés interpersonnelles prédominent comptant plus de la moitié des difficultés, tant chez le groupe avec diagnostic SPA que chez le groupe sans diagnostic SPA.

Aucune différence significative en ce qui a trait au type de difficultés vécues au cours de la dernière année de la vie des cas n'est relevée avec la méthode exacte de Fisher.

Tableau 3.14

*Description des difficultés sévères vécues durant la dernière année de vie*

Type d'événement	Groupe avec diagnostic SPA ( $n = 39$ )	Groupe sans diagnostic SPA ( $n = 20$ )
Éducation	0	0
Travail	3	2
Reproduction/Fertilité	0	0
Logement	0	0
Financière	7	1
Criminel ou judiciaire	1	0
Santé	2	1
Problèmes avec conjoint	14	6
Problèmes relationnels autres	6	5
Décès/Autres	0	0

Pour conclure cette section, l'hypothèse qui postule que les hommes avec SPA auront vécu davantage d'événements de vie au cours de leur dernière année que les hommes sans diagnostic SPA, est confirmé, mais seul dans la perspective où les cas du groupe SPA ont vécu, « un événement sévère comparativement à plus d'un événement sévère ou multi événement sévère ». Il n'y a aucune différence significative en ce qui a trait au type de difficultés vécues au cours de la dernière année de la vie. Quant à l'hypothèse qui postule que les hommes avec SPA en comparaison avec les hommes sans diagnostic SPA auront connu plus de situations de rejet et d'abandon au cours de la dernière année de vie, celle-ci est réfutée. Au fait, une seule différence significative est rapportée, à savoir concernant les événements liés au domaine criminel ou juridique, qui sont davantage vécus par le groupe avec diagnostic SPA.

### 3.5 Événement déclencheur

La cinquième hypothèse postule que les hommes avec un diagnostic SPA auront connu un événement déclencheur de type abandon/rejet avant de s'enlever la vie (3 derniers mois) plus fréquemment que les hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA, et que la nature de l'événement déclencheur est inhérente à la problématique de consommation donc faisant référence à la catégorie « humiliation abandon définitif reliée au comportement du sujet », tel un bris de relation avec une personne significative provoqué par la consommation.

Rappelons que le LEDS permet l'identification d'un déclencheur, qui est le dernier événement coté « sévère » qui précède le décès, qui est ensuite classifié en fonction du potentiel d'humiliation que celui-ci peut provoquer. Les catégories de cette échelle sont : « humiliation abandon définitif relié au comportement sujet », « humiliation abandon définitif », « humiliation simple », « captivité – humiliation par captivité (combiné) », « décès », « santé », « autres types de pertes », « dangers » et « difficulté seulement ». Rappelons enfin que la catégorie « humiliation abandon définitif relié au comportement sujet » ne fait pas partie de l'échelle originale d'humiliation du Bedford College de Londres, et qu'elle a été ajoutée par Tousignant (Zouk et coll., 2006).

Tableau 3.15

*Types d'événement déclencheur vécus par les cas*

	Groupe avec diagnostic SPA ( <i>n</i> = 39)		Groupe sans diagnostic SPA ( <i>n</i> = 20)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Humiliation abandon définitif relié au comportement sujet	16	41	6	30
Humiliation abandon définitif	6	15	3	15
Humiliation simple	4	10	2	10
Captivité	6	15	1	5
Décès	0	0	0	0
Santé	0	0	2	10
Pertes	2	5	3	15
Danger	1	3	0	0
Difficulté seulement	4	10	3	15

Tel que présenté au tableau 3.15, les résultats montrent que 41 % (*n* = 16/39) des cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ont vécu un événement déclencheur de type « humiliation abandon définitif reliée au comportement du sujet », comparativement à 30 % (*n* = 6/20) chez le groupe n'ayant pas de diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. Quant au déclencheur de type « humiliation abandon définitif », nous obtenons un taux de 15 % tant pour les deux groupes. Pour les événements déclencheurs de type « captivité », nous retrouvons des taux de 15 % (*n* = 6/39) chez le groupe SPA alors que ce taux est de 5 % (*n* = 5/20) pour le groupe sans SPA. Les taux concernant le déclencheur de type « humiliation simple » sont de 10 % pour les deux groupes.

Compte tenu des faibles fréquences, les différences de proportions du type d'événements déclencheurs entre les groupes sont analysées à l'aide de la méthode exacte de Fisher. De cette façon, nous ne trouvons aucune différence significative concernant toutes les comparaisons. Il n'y a donc aucune différence significative entre les groupes en ce qui a trait à la nature de l'événement déclencheur. Il n'y aurait pas de lien entre la nature de l'événement déclencheur et le fait d'avoir un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance.

### 3.6 Synthèse des résultats : éléments qui distinguent les cas avec diagnostics

L'objet de cette étude est d'amener une meilleure compréhension du suicide des hommes avec diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les résultats de l'étude ne corroborent pas toutes les hypothèses. Néanmoins, ils nous présentent des constats intéressants.

En somme, les cas avec diagnostics SPA vivent avec ce problème depuis une longue période de temps. La dépendance, sans égard à la substance ou à la comorbidité concomitante avec un autre diagnostic SPA, est présente dans près des deux tiers des cas. L'alcool et la cocaïne sont les substances les plus représentées et la consommation de celles-ci a amené des problèmes pour la grande majorité des cas.

Tel qu'anticipé, le groupe avec diagnostics SPA a un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques que les hommes sans un tel diagnostic, et ce, en excluant les diagnostics SPA. Les diagnostics qui sont significativement plus présents dans ce groupe sont; le trouble de la personnalité limite ou antisocial et le trouble des conduites. Tel que stipulé par l'hypothèse à ce sujet, ils ont effectivement une plus grande comorbidité psychiatrique, particulièrement en ce qui concerne la combinaison des troubles concomitants suivant : 1) *Trouble SPA – Trouble de l'humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, 2) *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, et 3) *Trouble SPA – Trouble de l'humeur*. Certes, les différences significatives concernant les diagnostics en concomitance sont celles où il y a nécessairement un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.

Les résultats démontrent que les hommes avec diagnostics SPA ont, pour la plupart, vécu plus de situations d'adversité à l'enfance et ont grandi dans un environnement familial où leurs parents étaient plutôt indifférents et négligents, ce qui se traduisait, entre autres, dans un mode disciplinaire qui était sévère ou relâché/inconstant, témoignant même d'un certain laxisme de la part du père de la part d'au moins une figure parentale, et ce, concernant les variables « indifférence/négligence » et « supervision/discipline ». Les résultats démontrent que les pères des cas avec diagnostic SPA étaient plus sévères, autoritaires ou relâchés et inconstants dans leur mode de supervision et de discipline.

Les résultats confirment que, comparativement aux hommes sans diagnostic SPA, les hommes avec SPA ont davantage vécu un événement sévère au cours de leur dernière année. Les résultats démontrent également que les hommes avec SPA n'ont pas connu plus de situations de rejet et d'abandon au cours de la dernière année de vie, mais qu'ils ont connu plutôt des événements liés au domaine criminel ou juridique. Les résultats n'ont pas démontré une différence significative entre les groupes en ce qui a trait à la nature de l'événement déclencheur. Il n'y aurait donc pas de lien entre la nature de l'événement déclencheur et le fait d'avoir un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

Cette étude a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes. De cette façon, une analyse des facteurs liés au suicide chez les hommes avec diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes est proposée. Pour mieux comprendre la vulnérabilité des hommes avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance, nous avons choisi de faire une analyse approfondie des caractéristiques associées au diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances. Afin de soulever les facteurs de risque qui leur sont propres, le groupe de suicidés avec diagnostic SPA et le groupe de suicidés sans diagnostic sont comparés. De façon plus précise, cette étude a pour objet de vérifier 1) si les hommes décédés par suicide avec un diagnostic SPA ont une plus grande comorbidité psychiatrique que les suicidés sans diagnostics SPA, 2) si les cas du groupe SPA ont davantage vécu des situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale, 3) si les cas du groupe SPA ont davantage vécu d'événements de vie sévères au cours de leur dernière année de vie, 4) s'ils ont vécu plus de situations de rejet et d'abandon au cours des douze derniers mois, et enfin, 5) s'ils ont connu un événement déclencheur de type abandon/rejet avant de s'enlever la vie.

Les résultats de cette étude renseignent sur les caractéristiques des diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substance. Les résultats étayés liés à la comorbidité psychiatrique fournissent des nuances quant au nombre et à la nature de diagnostics concomitants ainsi qu'à la configuration des diagnostics en comorbidité. Les détails relatifs aux expériences d'adversité à l'enfance mettent en perspective les variables rejet/abandon, supervision/discipline et indifférence/négligence. De plus, les résultats concernant les événements de vie précédant le suicide suggèrent de revoir la nature des événements déclencheurs. Enfin, les apports et les implications pour la recherche et la pratique sont présentés, ainsi que les limites de l'étude.

#### 4.1 Une perspective développementale

Bien que cette étude traduit une approche orientée vers une lecture psychopathologique du problème, l'attention portée au vécu des personnes, dont notamment, à la jeune enfance, en regard, entre autres, au contexte familial, ainsi qu'aux événements de vie, ne peut être nié.

Les prémisses issues de la psychopathologie développementale peuvent être utiles pour mieux comprendre les résultats de cette étude. Nous nous inspirons et adoptons l'approche suggérée par Sameroff (1987), soit une approche privilégiant une analyse qui mise sur la continuité dans le développement de la psychopathologie. À cet effet, la psychopathologie développementale est une façon d'interpréter la pathologie psychologique en l'inscrivant dans une perspective développementale.

La psychopathologie développementale a vu le jour au cours des années soixante-dix. Elle est définie comme l'étude des origines et de la progression des patrons de comportements inadaptés (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984). Cette approche est caractérisée par le fait que les états pathologiques sont expliqués en termes de déviation du cours normal du développement. En d'autres termes, la psychopathologie développementale s'intéresse aux modes de fonctionnement des personnes sans pathologies afin de mieux comprendre le fonctionnement des personnes avec des pathologies psychologiques. Par ailleurs, Sameroff et Chandler (1975), de même que Masten et Coatsworth (1998), concluent qu'il est hasardeux de comprendre la psychopathologie sans faire référence au contexte du développement normal.

Sameroff (2000), propose la définition suivante : la psychopathologie développementale est l'étude et la prévision des comportements inadaptés et de son processus au cours du temps. De cette façon, le développement est un aspect important du concept de la psychopathologie développementale, tout comme l'ensemble des comportements inadaptés. Sameroff (2000) ajoute l'aspect des processus inadaptés. La psychopathologie développementale est l'étude des comportements inadaptés ainsi que des processus inadaptés eux-mêmes. Enfin, le principe de la prédiction du comportement inadapté (Kohlberg, LaCross, & Ricks, 1972, cité dans Sameroff, 2000) a été considéré non seulement comme possible, mais également comme un élément important dans l'étude de psychopathologie développement.

#### 4.2 Particularités du groupe SPA

Tel qu'intitulé, les données liées à cette section se veulent une description préliminaire des particularités du groupe SPA, qui compte pour les deux tiers de l'échantillon. Trois sous-groupes sont formés en raison de la nature de la substance pour laquelle le diagnostic est posé : soit un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de l'alcool ( $n = 14$ ), un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de drogues ( $n = 9$ ) et un sous-groupe ayant un diagnostic de trouble lié à l'utilisation des drogues et d'alcool ( $n = 17$ ).

Toute substance confondue, et n'importe s'il y a un ou plus d'un diagnostic concomitant relié aux SPA, nous retrouvons le diagnostic de dépendance dans 65 % ( $n = 26/40$ ) des cas alors que le diagnostic d'abus se retrouve dans 53 % ( $n = 21/40$ ). Il est déjà connu que la dépendance et l'abus d'alcool soient souvent associés à une dépendance ou à un abus à une autre substance (American Psychiatric Association, 1994). Spécifions que seulement 5 % ( $n = 2/40$ ) des cas du groupe avec diagnostic de troubles liés aux substances obtiennent un seul diagnostic

#### 4.2.1 Durée

Le diagnostic de dépendance est présent à trente-cinq reprises, et il perdure depuis plus de 10 ans dans la moitié des cas ( $n = 21/35$ ). Quant au diagnostic d'abus de substances, qui est présent à vingt-sept reprises, celui-ci perdure depuis plus de dix ans dans 26 % ( $n = 7/27$ ) des cas, alors que 41 % ( $n = 11/27$ ) des cas abusaient de l'alcool depuis moins de dix ans. Il est clairement démontré que plus une consommation de substance psychoactive démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus ou de dépendance est important (Karila et coll., 2004). Pour le sous-groupe avec diagnostic lié à l'alcool, aucun cas n'a développé une dépendance ou un abus au cours de l'année précédant leur décès, alors que concernant les cas avec diagnostic lié aux drogues, un seul cas aurait développé une dépendance au cours de l'année précédant son décès. Pour le groupe ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de plus d'une substance, tous les cas issus de ce groupe ont, minimalement, un de leurs diagnostics qui date de plus d'un an avant le décès. Ainsi, plus de la moitié des cas ont vécu avec un diagnostic SPA qui perdurait depuis plus de dix ans. Un seul cas aurait développé un trouble lié à l'utilisation de substances au cours de l'année avant son décès, qui par ailleurs, est un diagnostic de dépendance à la cocaïne.

#### 4.2.2 Nature de la substance

Parmi les quarante cas du groupe avec diagnostic SPA, l'alcool est présent dans 77,5 % des cas alors que les drogues le sont dans 65 %. La cocaïne prise seule ou avec d'autres drogues est la substance la plus utilisée, étant présente dans 73 % (n = 19/26) des cas, où le diagnostic de dépendance représente le trois quart des ces derniers. Le cannabis est au deuxième rang, avec un taux de 65 % (n = 17/26). La surreprésentation de cocaïne est intéressante, mais pas si surprenante. En effet, la cocaïne possède des effets euphorisants extrêmement puissants et les personnes qui y sont exposées peuvent développer une dépendance en l'utilisant pendant une courte période (American Psychiatric Association, 1994). Certaines complications psychologiques accompagnent l'utilisation de la cocaïne tels un mode de pensée de persécution, l'agressivité, l'anxiété, la dépression.

#### 4.2.3 Consommation problématique des parents

Bien que l'analyse de ces données ne soit pas liée à une hypothèse particulière, il nous est d'intérêt de connaître le profil de consommation des parents en raison du fait que certains éléments peuvent disposer les sujets au développement d'un abus ou d'une dépendance. En effet, il existe des liens étroits entre une histoire familiale de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs et un âge de début précoce des consommations nocives (Reynaud, 2010).

D'ailleurs, à cet effet, le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) mentionne que le risque d'une dépendance alcoolique est trois ou quatre fois plus élevé chez les parents proches de personnes ayant une dépendance alcoolique, et que ce risque est d'autant plus élevé lorsque le nombre de parents aux prises avec un tel problème est important. Selon le DSM-IV (1994), la génétique explique seulement une partie du risque de dépendance alcoolique, une partie significative du risque provenant de facteurs environnementaux ou interpersonnels, des attentes concernant les effets de l'alcool sur l'humeur et le comportement, ainsi que des expériences personnelles vécues avec l'alcool et le stress.

Nos résultats démontrent que la consommation problématique des parents est présente chez 37 % des cas ( $n = 22/60$ ) de l'échantillon total. Concernant le groupe avec diagnostic SPA, ce taux augmente à 42 % ( $n = 17/40$ ) comparativement à 25 % ( $n = 5/20$ ) chez le groupe n'ayant pas de diagnostic. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes, ce qui implique que les cas avec diagnostic SPA ne sont pas plus nombreux à avoir eu des parents avec des problèmes importants de consommation. Nous avons été surpris du fait qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Certaines études établissent un lien entre le suicide et la consommation des parents, tout en tenant compte des données génétiques par rapport aux troubles liés à l'utilisation de substance. La surreprésentation de troubles liés à l'alcool dans une famille peut aussi s'expliquer par une distribution familiale concomitante de personnalités antisociales, ce qui peut prédisposer les sujets au développement d'un abus ou d'une dépendance à une substance (American Psychiatric Association, 1994). Nos résultats démontrent que seulement quatre cas, soit 10 % ( $n = 4/60$ ) ont ce profil, et ces quatre cas figurent dans le groupe SPA.

#### 4.2.4 Profil des difficultés reliées à la consommation

Les présents résultats font état des difficultés associées à la consommation problématique telle que diagnostiquée. Rappelons que ces difficultés peuvent avoir eu lieu à n'importe quelle période de la vie du sujet et non nécessairement au cours de la dernière année précédant le décès. Comme prévu, la présence de difficultés (familiaux, domestiques, financiers, judiciaires, au travail, etc.) liées à la consommation est manifeste dans 95 % du temps, et ce, pour plus de la moitié des cas. Ces résultats étonnent peu puisque les troubles liés aux substances sont souvent associés à une augmentation significative du risque d'accidents, de violence, de suicide et l'intoxication sévère contribuant aussi à la désinhibition et à des sentiments de tristesse et d'irritabilité, qui jouent un rôle dans le suicide (American Psychiatric Association, DSM-IV, 1994).

#### 4.2.5 Comparaison du groupe SPA avec d'autres études

De nombreuses études ont démontré que la psychopathologie est reliée au suicide, où notamment, elles établissent spécifiquement un lien entre la dépendance, l'abus aux substances et le suicide (Murphy, 2000; Suominen, Isometsä, Kaukka et Lönnqvist, 2004; Tousignant, 2001; Weiss et Hufford, 1999; Wilcox, Conner et Caine, 2004). Murphy (2000) avancera même que la hausse de l'abus de substances a contribué substantiellement à l'augmentation importante du taux de suicide parmi les jeunes, surtout de sexe masculin, depuis une trentaine d'années, et ce, dans plus d'une douzaine de pays.

La prévalence de troubles liés à l'utilisation de substances varie d'une étude à l'autre. L'étude de San Diego (Rich, Young, et Fowler, 1986) produit un taux de 55 % pour les troubles reliés à l'alcool. L'étude québécoise (Lesage et coll., 1994), menée auprès des hommes de moins de 35 ans seulement, établit à près de 30 % le taux pour les problèmes reliés aux drogues illégales et pour les problèmes reliés à l'alcool. L'étude finnoise rapporte un taux de dépendance/abus relié à l'alcool de 43 % (Henriksson, Aro et Lönnqvist, 1993) alors qu'une étude suédoise indique un taux de 47 % de troubles SPA. Kõlves, Värnik, Tooding et Wasserman (2006) obtiennent des taux de diagnostic d'abus d'alcool dans 10,2 %, alors que, en ce qui concerne le diagnostic de dépendance à l'alcool, celui-ci est retrouvé dans 50,6 % des cas de suicide. Séguin et ses collaborateurs (2006) ont démontré que 59 % avaient un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. De cette façon, les taux des troubles SPA (abus et dépendance) varient entre 30 % et 59 %, ce qui comprend entre le tiers et la moitié des suicides.

Cette étude a trouvé la présence de diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances dans les deux tiers de l'échantillon, à raison de 66 % ( $n = 40/60$ ). Bien que nous ayons statué que neuf cas parmi les quarante n'avaient pas de diagnostic « au moment du décès », ce qui ne signifie pas qu'ils n'aient pas été impliqués dans des comportements problématiques liés à l'utilisation de substance (intoxication, état d'ébriété, etc.) (voir section 2.10.1), même en excluant ces derniers, nous obtenons tout de même un taux de 52 % ( $n = 40/60$ ) de présence d'un diagnostic SPA au cours des six derniers mois.

De plus, parmi les cas avec un diagnostic de troubles liés aux substances, nous savons que la dépendance est présente dans 65 % ( $n = 26/40$ ) des cas. Nos résultats produisent un taux de dépendance à l'alcool de 43 % ( $n = 17/40$ ) et un taux de dépendance aux drogues de 45 % ( $n = 18/40$ ), sans égard à la comorbidité concomitante de diagnostic de dépendance à la fois à l'alcool et aux drogues. Quant à l'abus d'alcool, nous obtenons un taux de 45 % ( $n = 18/40$ ), alors que pour l'abus de drogue, le taux est de 22,5 % ( $n = 9/40$ ), et ce, sans égard à la comorbidité concomitante liée à d'autres substances.

Pour conclure cette section, les résultats qui permettent une description des particularités du groupe SPA (type de diagnostics, durée de la consommation, nature des substances, problématiques liées à la consommation, etc.), qui compte pour les deux tiers de l'échantillon, amènent la certitude que les cas qui composent ce groupe sont tous véritablement des cas qui ont une histoire de troubles liés aux substances.

#### 4.3. Hypothèses sur la comorbidité psychiatrique

Lorsque les études sur le suicide portent sur la comorbidité psychiatrique, différentes comorbidités sont énumérées, les plus communes étant celles reliant les troubles de l'humeur, les troubles de personnalité et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. De façon générale, des taux de comorbidité allant jusqu'à plus de 90 % relient les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres troubles (Lesage et coll., 1994; Shaffer et coll., 1996; Henriksson et coll., 1993; Séguin et coll., 2006; Dumais et coll., 2005). Ainsi, chez les personnes qui se suicident, la comorbidité est très élevée, particulièrement parmi ceux avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances. Entre la moitié et les trois quarts des cas ont, en plus d'un diagnostic SPA, un diagnostic de trouble de l'humeur, et la moitié a au moins un trouble de personnalité (Tousignant et Payette, 1997). D'autre part, les études de Henriksson et ses collaborateurs (1993), et de Rich et Runeson (1992) mentionnent que les diagnostics de troubles liés aux substances psychoactives sans comorbidité sont peu fréquents. Murphy (1992) rapporte 22 % d'alcoolisme pur sans comorbidité.

Comme il y a une forte comorbidité reliée aux troubles liés à l'utilisation de substances, cette étude proposait d'examiner la comorbidité, tant sur le plan du nombre, de la durée et de la nature des diagnostics que sur le plan de la configuration des diagnostics concomitants.

#### 4.3.1 Diagnostics en fonction du nombre et de la durée

Un plus grand nombre de diagnostics associés est observé au sein du groupe avec diagnostic SPA, même lorsque les diagnostics liés à l'utilisation de substances sont exclus. Cependant, il n'y a pas de différence en fonction de la durée « à vie » par opposition à lors des « six derniers mois ».

Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) précise d'ailleurs que les troubles liés à l'utilisation d'une substance apparaissent souvent en comorbidité avec plusieurs troubles mentaux tels que les troubles de personnalité antisociale et limite, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, et à l'adolescent, avec les troubles des conduites, ce qui complique l'évolution et le traitement des troubles liés aux substances psychoactives. De cette façon, il n'est pas surprenant que le groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance obtienne un plus grand nombre de diagnostics.

Tel que mentionné précédemment, la question de doubles diagnostics est fréquemment abordée dans les études, et celle-ci semble être en constante augmentation. Broers (2005) se questionne sur la « réelle » augmentation par opposition à une augmentation plutôt artificielle, à savoir si cette dernière ne serait pas reliée, entre autres, à une meilleure connaissance du sujet, aux changements dans les classifications des maladies mentales, à une pression de l'industrie pharmaceutique, ou encore au simple lié au constat « qui cherche, trouve ». D'autre part, la nature du diagnostic, qui sera présenté dans la section suivante, a également un effet possible sur le nombre.

#### 4.3.2 Nature des troubles diagnostiqués

Nos résultats montrent qu'il y a une différence significative entre les deux groupes quant aux diagnostics de trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité antisociale, ainsi que le trouble de la conduite. Toutefois, il n'y a pas de différence concernant le trouble de l'humeur.

En effet, nos résultats montrent qu'il y a une différence significative entre les deux groupes quant à la prévalence des diagnostics de trouble de la personnalité limite et de trouble de la personnalité antisociale. La prévalence de trouble de personnalité limite est obtenue dans 40 % des cas avec diagnostic SPA contrairement à 15 % chez le groupe sans diagnostic SPA. Concernant les troubles de la personnalité antisociale, les cas avec diagnostic SPA présentent 45 % de ce trouble alors que les cas sans diagnostic SPA présentent seulement 10 %. Par ailleurs, Henriksson et ses collaborateurs (1993) ont trouvé, parmi les sujets avec un diagnostic principal de dépendance à l'alcool ( $n = 77$ ), que 42 % avaient également un diagnostic de trouble de personnalité.

Nos résultats montrent également qu'il y a une différence significative entre les deux groupes quant à la prévalence des diagnostics de trouble de la conduite, qui est présent dans 50 % des cas avec diagnostic SPA comparativement aux cas sans diagnostic SPA où ce trouble n'est présent que dans seulement 15 % des cas. Cependant, lorsque nous détaillons davantage pour le TDAH et le trouble de l'opposition, il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes. En fait, nos données se rapprochent de celles de l'étude de Renaud et ses collaborateurs (1999), où il n'y avait pas de différence concernant la prévalence du TDAH. Ils rappellent que le TDAH comme tel ne semble pas être un facteur de risque prédisposant pour le suicide. Toutefois, le TDAH peut prédisposer pour d'autres troubles, à savoir les troubles de conduite et les troubles liés à l'utilisation de substance.

La plupart des études qui portent sur les troubles du comportement, faisant référence au diagnostic de trouble déficitaire de l'attention, au de trouble de l'opposition et au de trouble de la conduite sont habituellement associés à la période de l'enfance ou de l'adolescence. Les études qui traitent de ces diagnostics ont donc généralement comme objet des jeunes. L'étude de Marttunen et ses collaborateurs (1991) a déjà établi un lien entre la présence de la dépression, les comportements antisociaux et l'abus d'alcool chez les adolescents suicidés. Plusieurs efforts sont mis à comprendre la relation entre la psychopathologie et le suicide, notamment le rôle des troubles de l'humeur, de l'abus de substance et des troubles de conduites identifiés quant au risque suicidaire (Brent et coll., 1988, 1993; Shaffer et coll., 1996). D'ailleurs, l'étude de Shaffer et ses collaborateurs (1996) a révélé qu'un trouble d'humeur seul ou en comorbidité avec des troubles de la conduite ou l'abus de substances était présent chez la plupart de ses sujets. En effet, 50 % ont satisfait les critères pour les troubles comportementaux (troubles de la conduite, trouble de l'opposition, trouble déficitaire de l'attention) ( $n = 60 / 119$ ). L'étude de Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta et Bridges (1999) a analysé l'abus de substance chez les jeunes décédés par suicide présentant un « disruptive behavior » (DB), c'est-à-dire soit la présence d'un trouble déficitaire de l'attention et/ou d'hyperactivité (TDAH), soit un trouble de la conduite (TC). Les troubles de la conduite étaient plus communs chez les jeunes DB décédés par suicide que chez les groupes DB (non décédés), et les jeunes DB décédés par suicide démontraient un plus grand nombre de symptômes associés aux troubles de la conduite que le groupe contrôle.

Certes, ces résultats portent sur des comparaisons avec des études réalisées auprès d'adolescents. Nous relevons tout de même celles-ci en raison du fait que l'association de troubles psychiatriques aux « conduites addictives », notamment chez les enfants et les adolescents, a fait l'objet de nombreuses études, et Raynaud (2010) déclare d'ailleurs que la survenue précoce des troubles psychiques peut multiplier par un facteur 2 le risque de développer un abus ou une dépendance à une substance psychoactive. Ces troubles, notamment le trouble des conduites, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, et plus rarement de troubles psychosomatiques et de trouble du comportement alimentaire, précèdent l'apparition de l'abus de substances dans environ 70 % des cas (Raynaud, 2010).

Contrairement aux résultats de plusieurs études (Séguin et coll., 2006; Dumais et coll., 2005, Murphy, 1992; Murphy et coll., 1992), les résultats de cette étude ne présentent aucune différence significative concernant les troubles de l'humeur. Celui-ci est présent dans 65 % des cas avec diagnostic de troubles liés aux substances, il l'est également dans 60 % des cas sans diagnostic SPA. Nos résultats vont dans le sens de ceux produits par l'étude de Heikkinen et ses collaborateurs (1994) portant sur 75 alcooliques et 69 non-alcooliques décédés par suicide. Cette étude a déterminé que 65 % de cas de chaque groupe recevaient un diagnostic de dépression, confirmant ainsi l'importante comorbidité avec un syndrome dépressif autant chez les alcooliques que chez les non-alcooliques.

Nous avons déjà mentionné qu'un diagnostic SPA, par exemple celui de dépendance à l'alcool, est souvent associé à un autre diagnostic SPA lié à une autre substance, par exemple celui de l'abus de cocaïne. De ce fait, la prise d'une seconde substance quelconque est utilisée pour compenser aux effets, tels les effets dépressogènes, de la première substance qui s'estompent. Ceci peut expliquer une partie de la comorbidité avec les troubles de l'humeur retrouvée chez les cas avec diagnostic SPA. Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) précise d'ailleurs que des symptômes de dépression et d'anxiété accompagnent fréquemment la dépendance alcoolique et parfois même, la précèdent.

Pour mieux comprendre nos résultats, nous nous rapportons aux travaux de Brent (1993) et Renaud et ses collaborateurs (1999) où ce sont les troubles des conduites, souvent diagnostiqués à l'adolescence, qui amènent une perspective intéressante. Nos résultats démontrent une différence significative entre les deux groupes quant au diagnostic de troubles du comportement, lesquels sont plus présents chez les cas avec diagnostics SPA. Shaffer et ses collègues (1996) soutiennent que la combinaison de troubles de l'humeur, de troubles de la conduite et de troubles liés à l'utilisation de substances produit l'effet d'un « triple threat », soit d'une triple menace pour les suicides des hommes. Selon cette perspective, le risque augmente chez les hommes avec diagnostics de trouble lié à l'utilisation de substances lorsqu'il y a comorbidité avec les troubles de la conduite et les troubles de l'humeur. Toutefois, Brent (1993) a démontré que les troubles de conduites sont au moins aussi importants comme facteur de risque en l'absence de troubles de l'humeur.

Renaud et ses collaborateurs (1999) soutiennent que la combinaison de troubles de conduites et les troubles liés à l'utilisation « actuelle » de substances posent un risque pour le suicide.

En somme, nos résultats vont dans le sens des études précédentes qui identifient le trouble de l'humeur comme étant un facteur de risque associé au suicide chez les hommes, nonobstant la présence d'un diagnostic SPA ou pas. Nos résultats soutiennent également ceux des études précédentes qui démontrent que la combinaison d'un diagnostic SPA, de trouble de la conduite et du trouble de l'humeur augmente le risque chez les hommes. Nous constatons donc une différence entre les deux groupes, en ce qui a trait au nombre et à la nature des diagnostics. Cela est, en partie, attribuable à la relation qui existe entre les troubles de la conduite et le trouble de la personnalité. De fait, la manifestation de troubles des conduites avant l'âge de 15 ans est un critère diagnostic du trouble de la personnalité antisociale (American Psychiatric Association, 1994). Nos résultats, qui produisent une différence significative sont donc, en quelque sort, un artéfact. Cependant, lorsque compris selon la perspective de la psychopathologie développementale, nos résultats suggèrent un construit intéressant. Ainsi, les troubles des conduites, qui sont, par définition, des comportements inadaptés, et le processus inadapté lui-même conduisent l'individu vers de nouveaux comportements inadaptés et, conséquemment, le développement d'une autre pathologie ou une comorbidité.

#### 4.3.3 Configuration des diagnostics

Concernant le groupe avec diagnostic SPA, les résultats nous montrent une comorbidité dans 91 % des cas ( $n = 36/40$ ). Ce taux est semblable à ceux obtenus par les études de Henriksson et ses collaborateurs (1993), et de Rich et Runeson (1992). Nos résultats amènent un point d'intérêt quant à la configuration des diagnostics et montrent une différence significative entre les deux groupes quant à la présence des combinaisons de diagnostics décrites ci-dessous. De toute évidence, les différences significatives entre les deux groupes concernent les configurations de diagnostics en concomitance qui incluent nécessairement le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

La combinaison la plus fréquemment retrouvée est, 1) *Trouble SPA – Trouble de l’humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, 2) *Trouble SPA – Trouble de l’humeur* et 3) *Trouble SPA – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*.

Selon ces données, nous corroborons l’hypothèse qui postule que les hommes décédés par suicide SPA ont une plus grande comorbidité psychiatrique que les suicidés sans SPA. Le groupe avec diagnostic SPA obtient une comorbidité dans 91 % des cas, ce qui est habituellement retrouvé dans la littérature (Henriksson et coll., 1993; Rich et Runeson, 1992). Cependant, lorsque les diagnostics de troubles liés à l’utilisation de substances psychoactives sont exclus de la configuration des diagnostics concomitants, la différence entre les deux groupes s’estompe.

#### 4.3.4 Comorbidité : un construit d’exception dans le domaine de l’addiction

Il y a un lien très clair entre les comorbidités psychiatriques. Cependant, ce qui n’est pas aussi clair c’est de quelles manières ces liens peuvent être expliqués. Krausz (1996) propose quatre catégories de « double diagnostic » :

- Un premier diagnostic de maladie mentale, avec un (double) diagnostic ultérieur d’abus de substance ayant un effet néfaste sur la santé mentale; cette conjecture suppose qu’il y a une maladie mentale antécédente qui amène éventuellement la personne à consommer, ce qui aura un effet néfaste sur la santé mentale
- Un premier diagnostic de dépendance à une substance avec des complications psychiatriques menant à une maladie mentale; l’hypothèse est que la personne commence à consommer des substances psychoactives et développe des complications psychiatriques dues à la consommation, il s’agit donc, de diagnostics concomitants.
- Des diagnostics concomitants d’abus de substance et de troubles psychiatriques; il y a un facteur commun qui a été à l’origine de ces deux diagnostics en même temps.
- Un double diagnostic d’abus de substance et de troubles de l’humeur, qui résultent tous deux d’une expérience traumatique sous-jacente (Krausz, 1996).

La corrélation entre la consommation problématique et la présence d'un trouble psychiatrique ne pose aucun doute. Ce qui étonne, c'est la grande variation dans les taux de prévalence. D'abord, il faut reconnaître qu'il s'agit de substances psychoactives, qui, par définition, ont un effet sur le fonctionnement psychologique et, par conséquent, sur le diagnostic potentiel. À cet effet, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2004) soutient qu'il est reconnu que la comorbidité est difficile à diagnostiquer. La toxicomanie et le comportement perturbateur qu'elle provoque ont souvent préséance sur le tableau clinique et masquent les symptômes psychiatriques. En outre, l'abus de substances peut provoquer des symptômes psychiatriques que l'on distingue difficilement de ceux des troubles psychiatriques (Berthel, 2003, cité par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004), tandis que l'état de manque ou l'intoxication aiguë peut également imiter presque tous ces troubles (Liappas, 2001, cité par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2004). Par ailleurs, la dépression et les troubles anxieux peuvent être considérés comme des symptômes inhérents au cycle intoxication/état de manque, où les symptômes qui étaient atténués par les drogues se manifestent au cours du traitement d'abstinence ou de substitution.

Selon Broers (2005), dans le domaine des addictions, le construit de la comorbidité ne renvoie pas à la seule signification d'un « double » diagnostic. En effet, elle suggère trois types de comorbidités, à savoir les comorbidités sociales, comorbidités somatiques, et comorbidités psychiatriques. D'ailleurs, il est connu que toutes les substances psychoactives entraînent des complications somatiques, psychologiques et sociales à court et à long terme Reynaud (2010).

Nous ne reviendrons pas sur les comorbidités psychiatriques puisqu'elles ont déjà fait l'objet de discussions ci-dessus. Quant aux comorbidités sociales, celles-ci réfèrent, entre autres, à l'inactivité professionnelle, la solitude, la rupture familiale, etc. Ces comorbidités ne sont pas seulement liées à l'addiction, mais aussi au contexte social (comme le contexte de l'emploi, le taux de chômage, etc.), et influencent directement les autres maladies, l'utilisation de substances, et la complaisance au traitement (Broers 2005).

Reynaud (2002) précise que certains produits, notamment l'alcool, la cocaïne et le cannabis peuvent être à l'origine des dommages psychiatriques, somatiques et sociaux. Les comorbidités somatiques réfèrent à l'hépatite C (40-90 % des usagers de drogues ou à la consommation excessive d'alcool), aux cirrhoses du foie, au VIH, à l'augmentation des problèmes liés à l'âge et au « style de vie » (c'est-à-dire, le tabagisme chronique, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète, l'inactivité physique, l'ostéoporose, etc.) (Broers 2005).

Dans le domaine de l'addiction, il y a un lien très clair entre ces différentes comorbidités, malgré que celui-ci ne soit pas clair. Selon Broers (2005), ce lien en serait un de type « cercle vicieux », ou comorbidités psychiatriques, sociales et somatiques donnent lieu à l'autre et s'influencent.

#### 4.4 Expériences d'adversité à l'enfance

La majorité des études traitant du suicide, qu'elles soient menées chez les enfants, adolescents ou adultes, présentant des comportements suicidaires (idéations ou tentatives) ou étant décédés par suicide vont faire mention de l'importance du rôle de la famille (White, 1998), soit du climat familial (Jacobs, 1967; Adams, Lohrenz et Harper, 1982) dans lequel a grandi la personne. Les situations de négligence et d'abus, particulièrement l'abus physique sont associé au suicide (Beautrais, Joyce et Mulder, 1998; Brent et coll., 1988; Brent, 1995; Brooksbank, 1985; Hawton, O'Grady, Osborn et Cole, 1982; Mitic, Rimer et Seale, 2002 et Shaffi, Carrigan, Whitinghill et Derrick, 1985; Shaffi et coll., 1988; Smith et Crawford, 1986; Wagner, Cole et Schwartzman, 1995) tout comme certains traits ou habiletés parentaux, tels l'immaturation et l'incompétence de la mère de même que l'indifférence ou l'absence du père (Beautrais, 2000; Margolin et Teicher, 1968; Smith et Crawford, 1986). De plus, Reynaud (2010) soutient que le fonctionnement intrafamilial, les liens familiaux et le style d'éducation parentale de type négligeant, rejetant, permissif jouent un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive.

#### 4.4.1 Rejet et abandon

Nous avons postulé que les hommes décédés par suicide ayant un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives auront davantage vécu des situations d'adversité, de rejet et d'abandon à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale comparativement aux hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA.

L'hypothèse concernant la variable rejet/abandon, où nous prévoyions obtenir de plus haut taux pour le groupe avec diagnostic de troubles liés aux substances est réfutée. De plus, lorsque la variable du rejet et de l'abandon est traitée en fonction du parent, il n'y avait toujours pas de différence significative entre les deux groupes. À titre descriptif, nous notons que plus d'un tiers des cas avec un diagnostic SPA ont vécu un rejet/abandon sévère ou modérément sévère de la part de leur mère, et c'est près de la moitié des cas qui ont vécu un rejet/abandon sévère ou modérément sévère de la part de leur père. Quant au groupe sans diagnostic SPA, c'est plus du tiers, et ce, tant pour la mère que pour le père. En somme, les taux de rejet et d'abandon sont élevés pour les deux groupes.

Les résultats soutiennent que des expériences de rejet à l'enfance peuvent jouer un rôle dans la vulnérabilité des hommes au suicide. Maris et ses collègues (2000) postulent d'ailleurs que le rejet à l'enfance peut être un facteur de risque pour le suicide à l'adolescence ou à l'âge adulte. De cette façon, le rejet et l'abandon demeurent un facteur de risque pour toutes les personnes à risque de suicide, et non particulièrement aux hommes avec un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les résultats soutiennent alors qu'un rejet à l'enfance peut jouer un rôle dans la vulnérabilité des hommes au suicide, sans égard à la présence ou non d'un diagnostic SPA. Nos résultats sont donc cohérents avec les études qui font état d'un lien unissant le rejet et le suicide (Maris, Berman et Silverman, 2000; Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1988; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2004).

#### 4.4.2 Indifférence/négligence et Supervision/discipline : état de fait des habiletés parentales

Cette étude voulait également vérifier si les hommes décédés par suicide avec un diagnostic de troubles liés aux substances psychoactives avaient vécu, comparativement aux hommes sans diagnostic, plus de situations d'adversité à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale.

Ainsi, les analyses statistiques portant sur la comparaison des deux groupes quant au nombre de cas démontrent la présence de différence significative, et ce, concernant la variable « indifférence/négligence » et « supervision/discipline ». De plus, concernant la variable discipline, nous retrouvons une différence significative entre les deux groupes concernant le mode de discipline relâchée/inconstante exercé par le père. De cette façon, les pères des cas du groupe SPA étaient significativement plus sévères, autoritaires ou, au contraire, relâchés dans leur mode de discipline que les pères du groupe sans diagnostic.

À la lumière de ces résultats, nous obtenons des données qualitatives intéressantes quant aux pères des cas du groupe SPA. Sans vouloir dresser de portrait type des pères, nous pouvons tout de même statuer que 71 % de ceux-ci étaient indifférents et négligents à l'égard de leur garçon. Ainsi, rappelons que ceci renvoie à l'indifférence affective qui consiste en l'absence des éléments nécessaires à la croissance et au développement harmonieux de l'enfant. Il y a une manifestation de désengagement du parent quant à fournir les soins nécessaires à la santé et à la sécurité de l'enfant (et à sa protection), quant à lui donner un soutien matériel adéquat, quant à l'intérêt parental par rapport à la vie de l'enfant en général soit les soins nécessaires à sa santé, sa sécurité, sa vie affective, sociale et scolaire (Bifulco, Brown et Harris, 1986). D'ailleurs, 63 % des cas avec diagnostics SPA ont un manque sévère de chaleur affective de la part de leur père, 53 % ont également été victime d'abus psychologique de la part de ces derniers et 43 % des cas avaient des pères qui étaient plutôt antipathiques à leur égard. Le manque de chaleur affective, soit le manque de démonstration physique d'affection, avec en plus la présence d'abus psychologique et d'antipathie correspond au degré d'aversion, d'irritation, de froideur, voire même d'hostilité démontrée par le parent à l'égard du sujet et renvoie, en quelque sorte, à une forme d'indifférence où il y a rejet émotionnel et absence

d'interactions positives entre le père et son fils. Plus de la moitié du groupe SPA a vécu de l'abus psychologique sévère de la part de leur père, à savoir, particulièrement, l'humiliation, le rejet extrême et les menaces d'abandon. Certaines études (Margolin et Teicher, 1968; Smith et Crawford, 1986) ont mentionné, entre autres, que l'indifférence ou l'absence du père peut agir comme facteur de risque pour le suicide.

De plus, nos résultats révèlent que 73 % des pères des cas avec diagnostics SPA exerçaient un mode de supervision sévère ou au contraire, relâchée. Le CECA explique que lorsqu'il y a laxisme de la part du parent à cet égard, cela se traduit également par une forme extrême d'indifférence/négligence (Bifulco, Brown et Harris, 1986).

À cet effet, les verbatim<sup>2</sup> tirés de certaines entrevues des cas SPA nous décrivent :

*Mon père nous a toujours battus, quand on était petit, même quand on était grand. Il a même fait de la prison pour ça.*

*Je me souviens de voir mon père battre S à coup de bâton de hockey et de baseball. Il a déjà essayé d'y faire avaler ses chaussons.*

*Ce n'était pas un bon mari, ni un bon père. Il faisait peur aux enfants avec une forte discipline, il était imprévisible des fois y s'en foutait, d'autres fois ses punitions étaient dures.*

*Dans la maison, c'était un climat de terreur, puis quand il sortait la « strappe » de cuir, enlevez-vous de là.*

---

<sup>2</sup> Frère ou mère de S qui racontent l'anecdote.

De cette façon, ceci nous éclaire, du moins, sur certains aspects importants quant aux habiletés, ou plutôt au manque d'habiletés parentales paternelles, et appuie les études qui avaient déjà mentionné que les situations de négligence et d'abus sont associées au suicide (Brooksbank, 1985; Hawton, O'Grady, Osborn et Cole, 1982) et que l'indifférence ou l'absence du père peut agir comme facteur de risque pour le suicide (Margolin et Teicher, 1968; Smith et Crawford, 1986).

Nos résultats démontrent que les cas avec diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances ont grandi avec des parents plutôt indifférents et négligents à leur égard, et que leurs pères exerçaient un mode disciplinaire qualifié de sévère ou de relâché/inconstant contrairement aux cas sans diagnostic SPA. Nous croyons que cette différence est inhérente au climat et à l'harmonie familiale. Le manque de chaleur affective, ajouté à la présence d'abus psychologique et d'antipathie démontrée par le parent à l'égard du sujet renvoie, en quelque sorte, à une forme d'indifférence où il y a rejet émotionnel et absence d'interactions positives entre le père et son fils. D'ailleurs, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2001 et 2002) propose même des trucs et conseils pour améliorer l'harmonie familiale et insiste pour dire que cela peut être un moyen pour prévenir l'alcoolisme. Selon cette optique, si un enfant grandit dans une famille où de bons liens sont tissés et qu'il y a climat d'harmonie familial, cela contribuerait dans une stratégie de prévention de la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les jeunes. De plus, Vitaro, Normand et Charlebois (CPLT, 1999) mentionnent que plusieurs études ont démontré que les jeunes qui abusent des substances psychotropes proviennent de familles où la discipline et la supervision sont déficientes et où les problèmes de communication sont nombreux, et où un style parental très permissif ou très autoritaire au cours de l'enfance est associé de façon prédictive à la consommation à l'adolescence. Enfin, ils mentionnent que la chaleur affective, qui se traduit par l'investissement parental et l'attachement, lorsque perturbée, joue un rôle.

Pour conclure, nos résultats infirment, en partie, l'hypothèse de départ en ce qui concerne le rejet et l'abandon puisque les hommes avec un diagnostic SPA ne se distinguent pas par rapport aux autres quant à l'abus ou le rejet vécu à l'enfance. Cela dit, nous obtenons toutefois une différence significative quant à la variable « indifférence/négligence » qui est

d'avantage présente chez le groupe avec diagnostic SPA, et nous établissons également qu'il y a une différence entre les deux groupes concernant le mode de « discipline » relâchée/inconstante des pères du groupe SPA. De plus, nos résultats dévoilent certains détails qui, même s'ils n'amènent pas d'éclaircissement sur les distinctions entre les deux groupes, s'avèrent intéressants d'un point de vue qualitatif. Ainsi, loin de nous de vouloir faire le procès des parents, mais il nous semble impératif de souligner la présence de certaines variables à des taux importants, et ce, afin de fournir des pistes possibles d'interventions.

#### 4.5 Événements de vie

Lorsque les deux groupes sont comparés concernant le nombre d'événements sévères vécus au cours des douze derniers mois, nous obtenons une différence significative, mais seulement lorsqu'ils sont comparés en fonction de la présence d'un seul événement sévère par opposition à plusieurs événements sévères. De cette façon, nous obtenons un taux de 76 % des cas avec diagnostic de troubles liés aux substances qui ont vécu plus qu'un événement au cours de la dernière année comparativement à 24 % dans le groupe sans diagnostic SPA. Ces résultats signifient que les cas du groupe SPA sont plus nombreux à avoir connu plus d'un événement sévère au cours des derniers mois précédant leur suicide que le groupe sans diagnostic SPA.

La moyenne d'événements sévères vécus au cours de l'année précédant le suicide pour le groupe avec diagnostic SPA est de 3 alors que pour le groupe sans diagnostic SPA, la moyenne est légèrement en deçà de 3. Comme les cas du groupe avec diagnostic SPA n'ont pas plus d'événements sévères en moyenne, nous ne pouvons conclure que le groupe SPA a connu plus d'événements ou de difficultés de rejet, d'abandon ou de pertes interpersonnelles au cours de l'année précédant le suicide, tel que postulé par cette hypothèse.

En fait, l'absence de différence entre les deux groupes s'explique certes par les constats des études précédentes qui ont identifiés la présence d'événements de vie et de difficultés dans l'année précédant le suicide de façon générale, et non exclusive aux cas avec diagnostic SPA (Brent et coll., 1988; Shaffi, Carrigan, Whitinghill et Derrick, 1988; Marttunen, Aro, Lönnqvist, 1993; Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldorsen, 1998). D'ailleurs, les études qui ont utilisé l'autopsie psychologique rapportent des taux élevés reliés aux types d'événements suivants, à savoir, des pertes interpersonnelles, des difficultés et conflits interpersonnels, des problèmes liés à la discipline et enfin des problèmes légaux (Gould et coll., 1996; Lesage et coll., 1994; Brent et coll., 1988; Shaffi, Carrigan, Whitinghill et Derrick, 1988; Groholt, Ekeberg, Wichstrom et Haldorsen, 1998; Shaffer, 1974; Apter et coll., 1988; Rich, Warsrad, et Nemiroff, 1991; Brent, Perper et Moritz, 1993).

Quant au groupe avec diagnostic SPA, il n'est pas très étonnant que ces derniers aient vécu plus d'un événement de vie sévère au cours de l'année précédant leur suicide. En fait, nombre d'études vont démontrer que la consommation comme telle amène une accumulation d'événements. Le simple fait d'obtenir un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances augmente les possibilités pour le sujet de vivre des événements de vie que Tousignant et Harris (2001) qualifient d'« autogénérés », c'est-à-dire des conséquences directes et indirectes de leur consommation. Ceci renvoie, en quelque sorte, au concept des comorbidités sociales (Broers, 2005) liées au domaine de l'addiction présentées ci-dessus.

D'ailleurs, quant à la nature des événements sévères, malgré qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant aux événements et difficultés empreints de rejet/pertes » abandon, nous constatons tout de même que les difficultés interpersonnelles prédominent, comptant plus de la moitié des difficultés, et ce, tant chez le groupe avec diagnostic SPA que chez le groupe sans diagnostic SPA. Les difficultés interpersonnelles avec la conjointe comptent pour 40 % de toutes les difficultés.

Mentionnons qu'une différence significative est obtenue concernant les événements liés au domaine criminel ou judiciaire. Ainsi, nos résultats nous démontrent que 44 % des cas dans le groupe avec diagnostic de troubles liés aux substances ont connu des événements reliés au domaine criminel ou judiciaire alors que ce taux est seulement de 10 % chez le groupe sans diagnostic SPA. D'ailleurs, chez les dix-sept cas issus du groupe SPA, nous retrouvons les délits suivants : vols (pour payer des dettes de drogues), menaces de mort, voie de fait (où la conjointe est régulièrement victime), conduite avec les facultés affaiblies, possession et trafic de drogue, et agression sexuelle. Les conséquences judiciaires reliées à ces actes criminels sont : l'arrestation, la sommation à comparaître ou la détention préventive, la comparution à la Cour, le procès, l'attente de la sentence, la condamnation (sentence en milieu ouvert ou en détention). Quant aux deux cas du groupe sans diagnostic SPA, ces derniers ont été victimes d'actes criminels contre leur personne ou leurs biens.

Ce résultat, qui n'était pas prévu dans l'hypothèse, n'est pas tellement surprenant. Les troubles liés aux substances sont souvent associés à une augmentation considérable du risque d'accidents, de violence et de suicide. De plus, une association fréquente est faite pour les troubles liés à des substances illégales, qui conduisent souvent à une activité criminelle (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994). La présence de dettes accompagne également souvent les activités criminelles ou les comportements de consommation. Ainsi, les cas avec diagnostic de troubles liés aux substances sont plus susceptibles de s'impliquer dans des activités criminelles reliées à leur consommation et, comme mentionné précédemment, la consommation augmente considérablement l'incidence des accidents qui résultent, par exemple, en arrestation pour conduite avec facultés affaiblies.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2004) considère que la criminalité liée à la drogue englobe les quatre catégories suivantes : • les crimes psychopharmacologiques (c'est-à-dire les crimes commis sous l'influence d'une substance psychoactive), • les crimes économiques compulsifs (soit les crimes commis afin d'obtenir de l'argent ou des drogues pour entretenir une toxicomanie), • les crimes systémiques (qui réfèrent aux crimes commis dans le cadre du fonctionnement des marchés de la drogue illicite, dans le contexte de l'activité de distribution et de fourniture de drogue illicite), et • les infractions liées à la drogue (tels que les crimes commis en infraction à la législation antidrogue et aux autres lois en rapport; usage, possession, vente, trafic, etc.).

Nous croyons que les événements et les difficultés de vie vécus par les cas du groupe avec diagnostic SPA sont directement reliés à la consommation et qui, sans quoi, ne seraient vraisemblablement pas survenues. Ainsi, nos résultats montrent que des conflits avec des personnes significatives reliées à la consommation, des conduites inappropriées telles l'infidélité, les démêlés avec la justice comme le fait d'être arrêté pour conduite avec les facultés affaiblies, ou le fait d'être chassé en raison de dettes de drogues, sont tous des événements reliés directement à la consommation. Que ce soit l'ébriété, l'amnésie ou les « trous de mémoire », soit encore la désinhibition qui y contribue, toujours est-il que ces événements n'auraient vraisemblablement pas eu lieu si la consommation n'était pas en cause.

Dans la perspective où les événements et les difficultés reliés à la consommation contribuent à des mésententes et des conflits personnels avec des personnes significatives, le cumul et la récurrence, qui à leur tour provoquent de nouveaux conflits amèneront tôt au tard des bris de relations. Les écarts de conduites qui amènent événements et difficultés de vie contribuent à effriter les liens avec les membres de l'entourage, qui par protection, mettent fin à la relation. Tousignant et Séguin (1999) avaient déjà identifié ce processus de découragement et de rejet de la famille chez des hommes décédés par suicide.

À la lumière des résultats, nous croyons que les événements de rejet, de perte et d'abandon sont importants cependant, il nous semble que l'impact attribué à ces événements et

difficultés va au-delà de la nature de l'événement comme tel ou de la quantité d'événements vécus. Attendu qu'il n'y a pas dissemblance entre nos deux groupes quant au nombre ou à la nature de l'événement, particulièrement en ce qui a trait aux événements d'abandon, nous postulons que ce n'est pas seulement la quantité et la nature de l'événement, mais bien les attributs subjectifs des événements et de leurs conséquences qui créent l'impact auprès de la personne. Par conséquent, l'aspect important des pertes est non seulement la perte en soi, mais le contexte dans lequel celle-ci a lieu. Ainsi, les pertes qui sont vécues dans un climat de rejet et d'abandon sont d'autant plus importantes en termes de facteur de risque. Les études démontrent également l'importance des pertes ou des ruptures relationnelles entre le suicidé et ses enfants (Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2002), ce qui renvoie aux résultats reliés aux facteurs d'adversité et d'attachement à l'enfance.

#### 4.6 Événement déclencheur

Le simple fait d'avoir un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance invoque, par définition clinique, la présence de problèmes inhérents à la consommation. En effet, plusieurs études (Murphy, 1967, cité dans Duberstein, Conwell et Caine, 1993; Beskow, 1979; Duberstein, Conwell et Caine, 1993; Modestin, 1986; Murphy, 1967; Rich, Richetts, Fowler et Young, 1988) sont unanimes à conclure que le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez les cas de suicide avec diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance. De ce fait, il est postulé que l'alcoolisme et la toxicomanie, avec les comportements dérangeants qui leur sont généralement associés, provoquent des événements de vie particulièrement difficiles qui, à leur tour, augmentent le risque de suicide, ou dans ce cas, peuvent agir comme déclencheur.

Les résultats montrent que 41 % ( $n = 16/39$ ) des cas ayant un diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ont vécu un événement déclencheur de type « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet », comparativement à 30 % ( $n = 6/20$ ) chez le groupe sans diagnostic SPA, étant d'ailleurs, la catégorie la plus représentée à raison de 37 % ( $n = 22/60$ ) pour l'échantillon total. Cependant, il n'y a pas de différence

significative entre les deux groupes, ce qui réfute l'hypothèse voulant que les hommes qui sont décédés par suicide avec un diagnostic SPA aient connu un événement déclencheur de type « abandon/rejet » comparativement aux hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA, et que la nature propre de l'événement déclencheur soit inhérente à la problématique de consommation, donc faisant référence à la catégorie « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ». Nous obtenons donc des résultats similaires pour les deux groupes, nonobstant la présence ou pas d'un diagnostic de troubles liés à la consommation d'alcool. Il faut donc comprendre que les deux groupes connaissent autant l'un que l'autre des événements déclencheurs de nature « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ».

L'absence de différence entre les deux groupes s'explique sans doute par le fait que le rejet est un facteur de risque pour le suicide pour la population en générale (Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1998; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2004). Prichard (1995) soutient que le rejet représente le thème qui unit les facteurs de risque personnels et sociostructurels au suicide. De cette façon, devant la détresse psychologique entraînée par des facteurs personnels et environnementaux, la personne se voit, subjectivement ou objectivement rejetée, et c'est donc le rejet qui est alors potentiellement létal.

Toutefois, cela n'explique pas pourquoi ces derniers obtiennent un déclencheur de nature « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ». Il est possible que l'absence de différence entre les deux groupes s'explique par le fait que nous retrouvons certains éléments communs aux vingt-deux cas ( $n = 22/60$ ) qui ont comme déclencheur un événement de nature « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ».

En effet, 82 % ( $n = 18/22$ ) des cas ont comme déclencheur un événement de rejet où l'abandon est définitif avec la conjointe. Ces résultats vont dans le sens des études qui soutiennent que le rejet constitue un facteur de risque pour le suicide pour la population en général (Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1998; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2004), mais divergents des données qui soutiennent que le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez les suicidés avec un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (alcool et drogues) Beskow, 1979; Duberstein, Conwell et Caine, 1993; Modestin, 1986; Murphy, 1967; Murphy, Wetzel Robins et McEvoy, 1992; Rich, Ricketts, Fowler et Young, 1988).

Lorsque les données sont analysées davantage, certaines particularités ressortent et sont propres à chacun des groupes respectifs. À cet effet, une particularité au groupe SPA est la présence de problèmes légaux/judiciaires liés à l'événement déclencheur « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ». Ainsi, deux cas ont été arrêtés pour conduite avec les facultés affaiblies, ce qui a eu impact sur l'événement déclencheur et le bris de la relation. Ces résultats soutiennent ceux (Heikkinen et coll., 1995) qui ont trouvé un plus fort pourcentage de problèmes avec la loi. De plus, une caractéristique propre au groupe avec diagnostic SPA est que l'événement déclencheur a un lien quelconque avec des dettes. En effet, les dettes sont retrouvées dans l'événement déclencheur à un taux de 23 % ( $n = 5/22$ ), ce qui est uniquement retrouvé au sein du groupe avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substance. Ces résultats vont dans le sens de ceux trouvés par Heikkinen, Isometsä et ses collaborateurs (1995) qui ont également trouvé un plus fort pourcentage de problèmes financiers. Pour la plupart des cas, les dettes sont reliées, d'une façon ou d'une autre, à leur problème de consommation et sont souvent source de conflit.

Toujours concernant les particularités du groupe avec diagnostic SPA, la violence est présente dans 27 % des cas ( $n = 6/22$ ), et ce, seulement au sein de ce groupe. Typiquement, le type de violence est voie de fait ou menace. Spécifiquement, il y a quatre cas de violence auprès de la conjointe (S gifle dans un endroit public et mord sa conjointe; S tord le bras de sa conjointe, son bras est resté avec des contusions et douloureux pendant des jours; la police viendra dans une demeure suite à l'appel de la conjointe en raison d'une bataille; et une des conjointes est allée dans un refuge pour femmes battues). Un cas sera agressif physiquement auprès des enfants de sa conjointe, et un autre cas lors d'une engueulade, il lance des objets sur les murs et profère des menaces de mort et de mettre le feu à la maison pendant qu'ils y sont. L'étude de Heikkinen et ses collaborateurs (1995) démontre que les suicidés, qui abusent de l'alcool ou qui ont une histoire de violence associée à l'alcool, ont vécu, avant leur décès, plus d'événements, vraisemblablement reliés à leur comportement d'agressivité. Les résultats de cette étude vont dans ce sens puisque pour les six cas, les comportements violents sont dirigés envers la personne avec laquelle il y a bris de la relation.

Une autre divergence propre au groupe avec diagnostic SPA concerne l'élément de l'infidélité associé à l'événement déclencheur. On retrouve de l'infidélité (de la part de S) dans 36 % des cas ( $n = 8/22$ ), et ce, uniquement chez les suicidés avec diagnostic SPA. De plus, nos résultats nous permettent de conclure que dans tous les cas où il y a eu infidélité, il y a également eu de la violence.

En ce qui a trait au groupe sans diagnostic SPA, un point commun chez ces derniers est le fait que l'événement qui a provoqué le rejet et le bris de la relation est relié à des symptômes apparentés à une difficulté psychologique, voire psychiatrique. Par ailleurs, chez les six cas ( $n = 6/20$ ) du groupe sans diagnostic SPA, nous retrouvons; un cas qui était « très dépressif et pleurait tout le temps », deux cas en phase aiguë de la schizophrénie, deux cas avec idées homicidaires ou suicidaires, et enfin un cas qui avait des crises de panique importantes.

De cette façon, quoique cette hypothèse n'est pas vérifiée, mais nos résultats donnent des pistes intéressantes pour de futures études quant à l'ajout d'éléments pour distinguer les cas avec diagnostics SPA, à savoir, l'infidélité, la violence, les dettes et problèmes légaux. Quant au groupe sans diagnostic SPA, nous observons que l'événement déclencheur est inhérent à la maladie du cas, ce qui peut également être d'intérêt pour les recherches futures (évolution de la maladie).

#### 4.7 Suicide et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : multimorbidité

Pour expliquer le lien entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, nous nous rallions au construit de la comorbidité qui ne se limite pas seulement au « double diagnostic ». Dans le domaine des addictions, il faut plutôt parler de multidiagnostics, ou des multimorbidités. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2004) mentionne d'ailleurs qu'il est souvent plus approprié de parler de multimorbidité, étant donné que les personnes touchées souffrent souvent également de maladies somatiques et connaissent des difficultés sociales, telles que des problèmes familiaux, l'incarcération, etc.

Il y a, de toutes évidences, des diagnostics concomitants, ce qui est davantage apparenté à la comorbidité psychiatrique. Une mise en garde est apportée, puisqu'il est reconnu difficile de poser un diagnostic, particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, qui par définition ont un effet qui altère le fonctionnement psychologique. De cette façon, dans le domaine de l'addiction, la comorbidité ne peut se limiter à une conception « doubles diagnostics », le risque est de focaliser sur celui-ci, et de croire qu'il s'agisse de l'aspect le plus important et, par conséquent, oublier les autres aspects tout aussi importants. Il faut considérer les multimorbidités.

Donc, si nous revenons au concept de la comorbidité telle que présentée par Valderas et ses collaborateurs (2009), il s'agit d'utiliser ce construit directement en lien avec la personne, où il y a quatre types de distinctions majeures à apporter, à savoir, 1) la nature de l'état de santé, 2) l'importance relative des troubles concomitants, 3) la chronologie dans laquelle se présentent les conditions concomitantes, et 4) les conceptualisations élargies (Valdera et coll., 2009).

À la lumière du construit de Valderas et ses collaborateurs (2009), nous suggérons, tel qu'intitulé cette thèse, que « le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes (...) : rejet, abandon et événements de vie », s'inscrit dans une « multimorbidité » où il importe de considérer 1) la nature de l'état de la santé (donc bien détailler et diagnostiquer les troubles liés à l'utilisation de substances), 2) l'importance relative des troubles concomitants (faire preuve de prudence et de vigilance dans l'évaluation et l'identification des troubles concomitants), 3) la chronologie dans laquelle se présente les conditions concomitantes (ce qui d'abord, renvoie à la perspective de la psychopathologie développementale et qui, dans un second temps, aura un impact certes sur le choix de traitement), et 4) les conceptualisations élargies de la comorbidité, ce qui nous renvoient aux idéaux de Broers (2004) et ajoute l'importance de considérer les multimorbidités sociales, somatiques, etc.

Valderas et ses collaborateurs (2009) ajoutent que la définition de la comorbidité prend son importance en fonction de son utilité. De cette façon, lorsque le concept de comorbidité est construit en fonction des éléments ci-dessus, il faut également considérer les trois principaux domaines où il aura un impact, à savoir; 1) les interventions et les soins cliniques, 2) les recherches épidémiologiques et les intérêts liés à la santé publique, et 3) la planification et le financement des services de soins. Ainsi, l'objet de notre étude est de contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes et d'identifier les caractéristiques pouvant accroître le risque de suicide au sein de ce groupe, ce qui peut avoir des impacts dans domaine des interventions et les soins clinique ainsi que sur les recherches épidémiologiques et les intérêts liés à la santé publique.

#### 4.8 Vers une lecture « psychopathologique développementale » du problème

Que se passe-t-il de si différent entre l'alcoolique qui se suicide et l'autre qui ne se suicide pas? Pourquoi un toxicomane met-il fin à ses jours, alors que l'autre non? Nous proposons une compréhension « psychopathologique développementale » du problème.

En nous basant sur les postulats de la psychopathologie développementale, nous croyons que certains facteurs de risque perturbent le développement normal de l'individu et le conduisent vers des comportements inadaptés, voire autodestructeurs. Ainsi, les résultats de cette étude démontrent que, dès l'enfance, les cas avec diagnostics SPA ont connu des situations d'adversité, où ils ont grandi avec des parents plutôt indifférents et négligents à leur égard, et où leurs pères exerçaient un mode disciplinaire qualifié de sévère ou de relâché/inconstant. Par conséquent, certains développeront des comportements inadaptés. Ceux-ci peuvent se traduire en troubles de la conduite à l'enfance, en troubles liés aux substances psychoactives à l'adolescence ou à l'âge adulte, ou encore, en un trouble de la personnalité.

Déterminer si ce sont les troubles liés à l'utilisation des substances qui sont arrivés avant ou après les diagnostics concomitants nous semble de moindre importance, et de toute évidence, serait quasi impossible. Nous proposons quatre schèmes, inspirés de Krausz (1996), qui peuvent expliquer la comorbidité psychiatrique retrouvée au sein de notre étude :

- 1) Dans certains cas, il est possible, par exemple, que le trouble de la conduite antécédent amène un double diagnostic d'abus ou de dépendance ultérieurement.
- 2) Dans d'autres cas, il est possible qu'un premier diagnostic de dépendance à une substance soit présent et que l'individu développe des complications psychiatriques dues à la consommation, il s'agit donc d'un diagnostic concomitant.
- 3) D'autres cas peuvent avoir des diagnostics concomitants de troubles liés à l'utilisation de substances et de troubles de l'humeur, par exemple, où il y a un facteur commun qui a été à l'origine de ces deux diagnostics en même temps.
- 4) Dans certains cas, il est possible qu'il y ait un double diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances et de trouble de la personnalité, par exemple, qui résultent tous deux d'une expérience traumatique sous-jacente.

La comorbidité psychiatrique est présente d'une façon quelconque, et puisque le processus développemental comme tel est inadapté, il amène des comportements tout aussi inadaptés qui perdurent et amène l'individu, tôt ou tard, vers des difficultés liées à l'utilisation de substances psychoactives. C'est à ce moment que le concept de la multimorbidité, lié au domaine de l'addiction, entre en jeu. De cette façon, l'individu touché par des troubles liés à l'utilisation de substances peut souffrir de maladie mentale concomitante, de maladies somatiques et peut connaître des difficultés sociales, telles que des problèmes familiaux et relationnels, l'incarcération, la perte d'emploi, les dettes, etc. De plus, l'effet des substances peut, à son tour amener un trouble psychopathologique ou des difficultés sociales et relationnelles inhérentes à la consommation.

L'objet de cette étude est de contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Nous croyons ainsi que c'est justement l'interaction de ces variables, tout au long d'un processus développemental, qui amène une vulnérabilité.

Dans son étude pionnière, Murphy avait identifié la présence d'un événement de rejet avant le décès par suicide. Nos résultats produisent un tableau plus large où plusieurs aspects sont à considérer. Il importe, selon nous, non seulement d'accorder de l'importance aux situations de rejet, de rupture et d'abandon chez les individus aux prises avec un problème de consommation, mais aussi de porter attention aux éléments et aux événements qui figurent comme facteur de risque sur leur trajectoire.

La perspective de la psychopathologie développementale amène la possibilité de prévoir si certains indices permettent l'identification des individus à risque. Ainsi, quant aux événements d'adversité à l'enfance, les études ont déjà établi qu'elles amènent une vulnérabilité. D'autre part, certains indices à l'adolescence comme des troubles d'intériorisation ou d'externalisation tels que les troubles de la conduite ou les consommations problématiques sont également des recensés. De même pour les événements de vie, où certaines difficultés ont un effet de vulnérabilisations. De cette façon, ce ne sont donc pas seulement les substances psychoactives qui sont en cause, mais toute une autre vulnérabilité qui est partagée avec tous les autres à risque de suicide. La trajectoire qui mène au suicide ne semble donc pas si différente tant pour les cas avec troubles liés aux substances psychoactives que ceux sans un tel diagnostic.

Les résultats ne produisent donc pas un « type de suicide » absolu pour les cas avec diagnostic SPA. Bien que les résultats aient révélé quelques différences, il y a beaucoup plus de similarités entre les deux groupes que lesdites différences. Nos résultats offrent donc un modèle suicidaire, où certains facteurs augmentent la vulnérabilité au suicide qui correspond à la fois aux alcooliques et toxicomanes qu'aux autres hommes à risque.

#### 4.9 Les limites de l'étude

Certaines limites à l'étude sont inhérentes au type de devis, soit l'étude rétrospective de cas avec informateurs par la méthode d'autopsie psychologique. Le principal avantage de cette méthode est qu'elle permet de contourner l'obstacle fondamental, soit l'absence du sujet. L'autopsie psychologique représente la technique la plus directe pour déterminer la relation entre des facteurs de risques particuliers et le suicide (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Cependant, les inconvénients reliés aux autopsies psychologiques sont connus et bien documentés (Beskow, Runeson et Åsgård, 1990). Nous adressons ci-dessous les limites et la façon dont cette étude a tenté les contrées.

Cette étude comprend un groupe contrôle d'hommes décédés par suicide sans diagnostic SPA. Le choix de celui-ci était déterminé par les hypothèses de l'étude. Certes, il aurait été avantageux de former un autre groupe supplémentaire, soit un groupe d'hommes avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances, *vivants*. Ceci nous aurait permis d'affirmer avec plus de certitude que la comorbidité avec troubles des conduites et troubles de la personnalité antisociale et limite, de même que l'indifférence/négligence paternelle et les événements de vie liés au domaine criminel ou judiciaire sont effectivement des facteurs qui expliquent la vulnérabilité au suicide des hommes avec diagnostic de troubles liés aux substances. Puisque la variable des diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances n'est pas comparée à un autre groupe, les résultats concernant cet aspect ont une portée limitée. Des contraintes financières et temporelles expliquent ces lacunes.

Nous avons contrôlé le plus possible, tant sur le plan de la quantité que de la qualité, la diversité de l'information colligée. L'utilisation de questionnaires standardisés, la formation clinique de l'intervieweur et la présence d'un protocole standardisé de recherche au sein d'une équipe émérite nous rendent confiants. Cependant, il est évident que certains facteurs incontrôlables ont pu être présents lors de la collecte de donnée. Notons, par exemple, la participation aux entrevues d'un frère alors que la mère exigeait d'être présente avec lui. Nous avons perçu en cours d'entrevue que le frère limitait ses explications en raison de la présence de sa mère. Peut-être l'information recueillie aurait été plus détaillée ou tout à fait différente autrement. De pareille façon, il est arrivé pour quelques répondants d'affirmer que le sujet avait un problème d'alcool, par exemple, mais ils n'étaient pas en mesure de spécifier la quantité et la fréquence de la consommation ou les indices de sevrage. Enfin, cette étude est de nature rétrospective et repose donc sur la mémoire des répondants pour reconstruire la trajectoire de leurs proches décédés par suicide.

De plus, tel que mentionné par Pouliot et De Léo (2006), nous sommes conscients que les instruments standardisés pour évaluer la présence de troubles psychiatriques ne sont pas validés pour permettre leur utilisation avec des répondants (tierce personne), ce qui est une limite importante.

Une limite liée à cette méthode concerne le profil de l'informateur, ce qui influence l'information obtenue sur un cas (Pouliot et De Leo, 2006). Des facteurs tels que l'âge, le sexe, le lien et la proximité avec la personne décédée ainsi que l'attitude générale de l'informateur quant au suicide pourraient influencer la quantité et la qualité des données reçues. Évidemment, nous n'avons aucun contrôle sur ces facteurs, outre le respect pour le répondant et le jugement clinique de l'intervieweur qui modulait la séquence des entrevues en fonction de l'état de l'informateur.

Ainsi, pour la plupart des études, les répondants sont des proches qui sont endeuillés par suicide. Il n'est pas rare que ces derniers démontrent des signes de psychopathologie dans les semaines, les mois voire même parfois les années suivant le suicide. Nous avons effectivement perçu, de façon minoritaire, chez quelques répondants, certains indices de psychopathologie. Lorsque possible, des efforts importants étaient mis afin de corroborer l'information recueillie auprès de ces derniers par le biais d'un autre répondant. Généralement, l'information était ainsi validée par une autre personne. À ce sujet, Brent (1989) soutient qu'aucun lien significatif n'existe entre la présence d'un trouble mental et la quantité et la qualité de l'information rapportée. Pouliot et De Leo (2006) estiment que le moment opportun se situe dans une période de deux mois à un an après le suicide, ce qui a été respecté par cette étude. De plus, lorsque possible, l'accès aux dossiers du coroner, de la police ou aux dossiers médicaux a permis d'ajouter de l'information objective (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003).

La taille réduite de l'échantillon nous incite à la prudence dans l'interprétation et la généralisation des résultats. Le nombre limité de participants à cette étude s'explique par des facteurs liés au temps. D'abord, puisqu'il s'agit de suicide, toutes les considérations éthiques usuelles sont de mises. Cependant, s'ajoute à cette dimension, le fait que ce sont des répondants, eux-mêmes endeuillés par leur perte, qui sont les informateurs. Ainsi, alors que le temps entre le suicide et les entrevues est respecté, il n'en demeure pas moins que pour la plupart des répondants, revivre le vécu du sujet est difficile, parfois libérateur, mais toujours empreint d'émotivité. Parfois les entrevues dépassent le triple de temps habituellement requis pour l'instrument.

De plus, rappelons que pour un même cas, le recours à plusieurs répondants était très habituel. Des heures innombrables ont été passées pour la collecte de données. Dans le même ordre d'idée, avant d'entrer dans le contenu des entrevues, il était important d'établir un lien de confiance avec les répondants, et une fois établi, les rencontres d'entrevues prenaient, pendant un certain temps, une allure psychothérapeutique.

Nous constatons que plusieurs détails liés à la consommation auraient pu être développés davantage. Alors que certains manques d'informations ont amené un retour auprès des répondants, c'est seulement lors du traitement statistique et de l'interprétation des données que nous avons réalisé l'importance du manque de certains détails, soit, spécifiquement, les informations liées au sevrage, au traitement, et aux épisodes d'intoxication. D'autre part, certaines informations sont lacunaires en raison du manque de connaissance du répondant à l'égard de la consommation du sujet. De ce fait, si nous devions refaire l'étude dans un contexte temporel et financier adéquat, une recherche d'information supplémentaire auprès d'un autre répondant (même plus lointain, tel un compagnon de buverie à la taverne du coin) serait privilégiée et nous éclairerait certainement sur certains détails d'importance. Sans dire que les parents, la fratrie ou la conjointe ne sont pas informés, il est possible qu'ils ignorent certains détails. Prenons, par exemple, un membre de la fratrie d'un des cas qui ne savait pas que son frère consommait de la cocaïne et l'a appris par le biais du rapport de l'autopsie.

Enfin, il faut rappeler que les données de l'étude ne sont pas généralisables à la population. En effet, puisque l'étude portait sur les hommes âgés entre 18 et 55 ans et résidents du Québec, elles sont, en quelque sorte, spécifiques à ce groupe.

#### 4.10 Implications pour l'intervention et la recherche

Cette étude souhaite contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes. Certes, l'identification de la vulnérabilité et des facteurs de risque liés à ces hommes nous guide dans les interventions à privilégier afin de bien les détecter. Avec la psychopathologie développementale comme prémisses, où le principe de la prédiction du comportement inadapté (Kohlberg, LaCross, & Ricks, 1972, cité dans Sameroff, 2000) a été considéré non seulement comme possible, mais également comme un élément important dans l'étude de la psychopathologie développementale, il est juste d'identifier que certaines situations d'adversité peuvent vulnérabiliser les enfants. D'autre part, lorsqu'un enfant obtient un diagnostic relié aux troubles habituellement diagnostiqués à la première et la deuxième enfance, tel un trouble de la conduite, un suivi régulier par le médecin ou psychiatre permettrait de suivre l'évolution dudit trouble, tout en étant soigneusement attentif au développement possible d'une symptomatologie concomitante. Tel va de soi pour les autres troubles qui surviennent à l'âge adulte.

Également, nous réitérons l'importance que les offres de soins tiennent compte des éléments suivants; la substance, le type, nombre, de l'âge, des comorbidités psychiatriques, des comorbidités sociales et somatiques, de l'urgence et des besoins en traitement. Évidemment de telles précisions vont orienter les services à savoir si les programmes séquentiels (où on traite un trouble après l'autre), soit des programmes parallèles (où il y a un traitement psychiatrique et un traitement pour l'addiction dans une autre unité), soit un traitement intégré (où dans une même unité on traite le problème mental, la dépression plus le problème de la dépendance, par exemple). Broers (2005) précise que les recherches suggèrent que le traitement intégré est conseillé, mais il n'y a aucune étude vraiment concluante sur l'efficacité d'un de ces programmes.

À l'égard de l'identification de la vulnérabilité et des facteurs de risque chez les hommes, la conjointe à un rôle clé. Sans que celles-ci soient responsables, une sensibilisation aux facteurs de risque et de la vulnérabilité des hommes avec des troubles liés à la consommation permettra sans doute à un meilleur dépistage, de sorte qu'elles pourraient davantage accompagner leur conjoint vers la recherche d'aide. D'autres parts, puisqu'elles sont importantes dans la perspective où le bris de relation peut agir comme déclencheur, un groupe de soutien pour couple peut être bénéfique, et amène, à la fois, l'homme à consulter. Si le bris de la relation est imminent, la conjointe peut s'assurer que l'homme ne s'isole pas, ou peut signaler son inquiétude aux proches de celui-ci ou aux ressources pertinentes.

Toujours dans une perspective d'intervention, nous croyons qu'il est opportun de mettre en place des mesures de sensibilisation et de dépistage auprès de la collégialité des professionnels du ministère de la Sécurité Publique et du ministère de la Justice. Ainsi, lors de l'arrestation des hommes avec un profil à risque de suicide, une intervention psychosociale de dépistage permettrait justement l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, et le cas échéant, de référer aux ressources pertinentes. D'autre part, dès le début des procédures judiciaires, une intervention précoce de soutien serait sans doute bénéfique. De cette façon, sans élaguer l'aspect coercitif des actes criminels, la relation thérapeutique et la résolution de problèmes pourraient occuper également une place importante.

Cette étude a également démontré que les cas avec diagnostic SPA s'ont grandis sous un toit où leurs parents étaient plutôt indifférents et négligents à leur égard, et où leur père exerçait un mode de discipline sévère ou relâché/inconstant. Des programmes de dépistage pour identifier les parents qui sont peut-être débordés seraient de mises. De plus, alors que des groupes de soutien pour parents existent, il serait avantageux de venir en aide précocement aux parents d'adolescents aux prises avec des troubles des conduites afin d'éviter un cercle vicieux. Des campagnes de sensibilisation quant à l'importance du rôle parental et des conséquences inhérentes aux habiletés parentales doivent être poursuivies, tout en adressant l'importance du rôle joué par l'indifférence et la négligence dans la vie des hommes.

Selon cette perspective, cette étude endosse les efforts mis dans la reconnaissance du rôle du père dans la vie de leurs enfants, et nous suggérons l'importance de continuer à en faire la promotion. De pareille façon, des groupes de soutien pour les pères sont recommandés et des interventions précoces de « nurturing » auprès d'enfants négligés sont également recommandées.

Concernant les pistes de recherche futures, les résultats de cette étude appuient la prévalence de comorbidité psychiatrique chez les hommes avec diagnostic SPA, en identifiant, comme l'on fait les études antérieures, la présence de diagnostics de troubles de la personnalité limite et antisociale. Elle met en valeur également la contribution du diagnostic du trouble de la conduite. Des études ultérieures pourraient approfondir la relation entre les troubles de la conduite et le développement de troubles liés à la consommation tôt à l'adolescence de manière à élaborer des programmes de dépistages et les outils d'évaluations spécifiques à cette cohorte et, par conséquent, développer les outils d'intervention appropriés. Les intervenants scolaires, les psychologues, les psychiatres, les éducateurs en prévention des toxicomanies, les infirmières doivent être à l'affût de ces facteurs de risque et être outillés pour évaluer et intervenir adéquatement.

Il serait essentiel d'examiner dans une étude subséquente l'association entre les facteurs d'adversité à l'enfance, soit particulièrement l'indifférence/négligence ainsi que le mode de discipline paternel sévère ou relâché/inconstant, la présence de troubles des conduites et les troubles liés à l'utilisation de substances auprès d'un groupe d'hommes vivants avec de tels diagnostics. Ceci permettrait de préciser davantage la contribution de ces facteurs à l'incidence plus élevée de suicide chez les hommes avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances. Les résultats pourraient certes éclairer sur les populations à risque et permettre de cibler nos interventions.

Cette étude a identifié, mais de façon quelque peu limitée, que les hommes avec diagnostics de troubles liés aux substances vivent plus d'événements et de difficultés au cours des derniers mois précédant leur suicide. L'étude a réussi seulement à démontrer que ces cas vivent plus d'un événement, sans plus. Des recherches portant sur le type et le nombre d'événements voire le patron de présentation de ceux-ci seraient certainement éclairantes en ce qui a trait aux pistes d'intervention préventive à privilégier.

Cette étude n'a pas démontré que les cas avec diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances ont, comparativement aux cas sans diagnostics, une prévalence d'événement déclencheur de type « humiliation abandon définitif relié au comportement du sujet ». Certains éléments qualitatifs sont ressortis, toutefois, concernant les dettes et la présence de violence envers la personne avec qui il y a eu bris de relation. Les recherches futures devraient tenter de vérifier si ces éléments sont des éléments-clés dans la perspective d'événements déclencheurs. Dès l'adolescence, des interventions cohérentes et rigoureuses sont recommandées

## CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension de l'interaction entre le suicide et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives chez les hommes. Pour ce faire, une analyse des facteurs liés au suicide chez les hommes avec diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychotropes était proposée. Afin de mieux comprendre la vulnérabilité des hommes avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances, une analyse approfondie des caractéristiques liées au diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances a été présentée. Deux groupes ont été formés à partir de l'échantillon total; un avec diagnostic de troubles lié à l'utilisation de substances et un autre sans diagnostic. Par la suite, des comparaisons ont été faites de manière à soulever les facteurs de risque qui étaient propre au groupe avec diagnostic sur les éléments suivants : la comorbidité psychiatrique, les attitudes et les comportements parentaux, les pertes et les expériences précoces d'adversité vécues au cours de la période de l'enfance, les événements et difficultés de vie sévères vécus au cours de la dernière année précédant le suicide.

Du point de vue descriptif, les résultats ont montré que, les cas avec diagnostics de troubles liés aux substances ont vécu, pour la plupart, un tel problème depuis une longue période de temps, que la dépendance, sans égard à la substance ou à la comorbidité concomitante avec un autre diagnostic SPA, était présente dans près des deux tiers des cas, que l'alcool et la cocaïne étaient les substances les plus représentées et que la consommation amenait des problèmes pour la grande majorité des cas. Ces cas n'avaient pas plus de parents avec problèmes de consommation que l'autre groupe.

Conformément à l'hypothèse I, les cas avec diagnostic de troubles liés à l'utilisation de substances ont obtenu, en moyenne, un nombre plus élevé de diagnostics que le groupe sans diagnostic SPA, et ce, même lorsque les diagnostics SPA sont exclus. Les diagnostics les plus présents étaient le trouble de la personnalité limite, le trouble de la personnalité antisocial, et le trouble des conduites. Des différences significatives sont trouvées pour les configurations suivantes, à savoir; 1) *Trouble SPA – Trouble de l'humeur – Trouble du comportement – Trouble de la personnalité*, 2) *Trouble SPA -t Trouble de l'humeur* et 3) *Trouble SPA –*

*Trouble du comportement – Trouble de la personnalité.* Cependant, lorsque les diagnostics de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont exclus de la configuration des diagnostics concomitants, la différence entre les deux groupes s'estompe.

Nos résultats démontrent que les cas avec diagnostic SPA sont plus susceptibles d'avoir grandi dans un environnement familial où les pères étaient plutôt indifférents et négligents à leur égard, se traduisant aussi dans un mode disciplinaire relâché/inconstant. Nos résultats ont aussi montré que les cas avec diagnostic SPA se distinguent du groupe sans diagnostic SPA par le fait d'avoir vécu plus d'un événement sévère avant de se suicider et par la présence d'événements sévères liés au domaine criminel/juridique.

Les prémisses de la psychopathologie développementale offrent un cadre explicatif d'intérêt en regard de cette thèse. De cette façon, certains facteurs de risque perturbent le développement normal de l'individu qui réagit de façon inadaptée. Depuis leur enfance, les cas avec diagnostics SPA ont connu des situations d'adversité. Par conséquent, certains développeront des comportements inadaptés qui peuvent se traduire en différents troubles. De plus, le construit de la comorbidité relève davantage de la multimorbidité faisant référence à la comorbidité psychiatrique, somatique et sociale. Bien que les résultats aient révélé des différences entre les deux groupes, il y a encore plus de similitudes. Nos résultats offrent donc un modèle suicidaire, où certains facteurs augmentent la vulnérabilité au suicide qui correspond à la fois aux alcooliques et toxicomanes qu'aux autres hommes à risque.

En conclusion, une éventuelle étude comparant le groupe avec diagnostic SPA à un groupe contrôle d'hommes avec diagnostics SPA vivants pourraient certainement étayer davantage les résultats significatifs produits par cette étude. Les résultats suggèrent des stratégies et des cibles dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès des populations à risque. Le concept de la multimorbidité particulièrement dans une perspective de psychopathologie développementale fournit un éclairage intéressant quant à la relation entre le suicide et les troubles SPA. Somme toute, nous constatons que certaines questions restent sans réponse, et qu'il est souhaitable que d'autres études approfondissent cette question.

## RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Begin, P., & Sawka, E. (Eds.). (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport Détaillé*. Ottawa. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Adams, K. S., Lohrenz, J. G., & Harper, D. (1982). Early parental loss and suicide ideation in university students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 275-281.
- Aisnworth, M. D., Belhar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Assoc.
- Allugulander, C., Brandt, L., & Allebeck, P. (1994). Suicide and psychopathology in 1,537 patients dependent on prescribed psychoactive medications: Stockholm, Sweden. *American Journal on Addictions*, 3(3), 236-240.
- American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Andrews, J. A., & Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-663.
- Apter, A., Bleich, A., Plutchik, R., Mendelsohn, S., & Tyano, S. (1988). Suicidal behaviour, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 696-699.
- Apter, A., Bleich, A., King, R. A., Kron, S., Fluch, A., Kotler, M., & Cohen, D. J. (1993). Death without warning? A clinical post-mortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*, 50, 138-142.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and their Relationship to Psychological Well-being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnosis in 3275 suicides : A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 37.
- Barracough, J. E., & Gill, D. (1986). *Hughes' Outline of Moderne Psychiatry (4<sup>th</sup> edition)*. Chichester: Wiley.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 420-436.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1998). Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28(1), 209-218.
- Beskow, J. (1979). Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supp. : 277*, 1-138.
- Beskow, J., Runeson, B., & Åsgård, U. (1990). Psychological autopsies: Methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 307-323.
- Beskow, J., Runeson, B., & Åsgård, U. (1991). Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 482-487.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1986). *Child Experience of Care and Abuse*. London : Royal Holloway College.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse (CECA); A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 365-374.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. (1995). Childhood experience of care and abuse: a retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1419-1435.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A. & Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 365-374.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28(1), 39-50.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood : II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Merringer Clinic*, 66(3), 241-258.
- Bland, R. C., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(suppl 338), 24-32.
- Bondy, S. J., Rehm, J., Ashley, M. J., Walsh, G., Single, E., & Room, R. (1999). "Low-risk Drinking Guidelines: The Scientific Evidence", *Canadian Journal of Public Health*, 90(4), 264-279.

- Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., & Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: A case-control study. *Canadian Medical Association Journal*, 164(6), 749-755.
- Bowlby, J. (1982; 1969). *Attachment and loss. Vol. 1 : Attachment* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1973; 1969). *Attachment and loss. Vol. 2 : Separation: Anxiety and anger*. New York : Basic Books (reissued in 1999).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Volume 3 Loss. Sadness and Depression*. New York Basic Books (reissued 1999). The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. Pimlico edition (1998).
- Brådvik, L., Berglund, M., Frank, A., Lindgren, A., & Löwenhielm, P. (2009). Number of addictive substances used related to increased risk of unnatural death : A combined medico-legal and case-record study. *BMC Psychiatry*, 9(48), Published online.
- Brent, D. A. (1987). Correlates of medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 87-89.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., Zelenak, J. P. (1988). Risk Factors for adolescent suicide ; a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581-588.
- Brent, D. A. (1989). The psychological autopsy : Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 19(1), 43-57.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schweers, J., Balach, L., & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors of adolescent suicide ; a case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Brent, D. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behaviour : Mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 25, 52-63.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L., (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.

- Broers, B. (2005). Comorbidités : au-delà des définitions académiques, quelle réalité? Dans *Addictions et comorbidités; nécessaire remodelage de l'intervention et de la coopération professionnelle. Rapport de la Journée régionale*. Lausanne. Coste.
- Brooksbank, D. J., (1985). Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 146, 459-463.
- Brown, G. R., Harris, T. O., & Bifulco, A. (1989). *Life Events and Difficulties Schedule*. London : Royal Holloway College.
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London : Tavistock Publications.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Bifulco, A. (1989). *Life Events and Difficulties Schedule*. London : Royal Holloway College.
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O., & Birley, J. L. (1973). Live-events and psychiatric disorder. 1. Some methodological issues. *Psychological Medecin*, 3(1), 74-87.
- Brown, G. W. (2003). *The road from childhood neglect and abuse to adult depression*. Conférence donnée lors d'une réunion du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Brown, L. K., Overholser, J. C., Spirito, A., & Fritz, G. K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 95-99.
- Buckstein, O. G., Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Scheers, J., Roth, C., & Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 403-408.
- Burch, E. A. Jr. (1994). Suicide attempt histories in alcohol-dependent men: differences in psychological profiles. *International Journal of Addiction*, 29, 1477-1486.
- Caces, F., Stomsom. F. S., Elliot, S. D., & Noble, J. A. (1988). Comparative alcohol-related mortality statistics in the United States by state, 1979-1985. *Epidemiologic Bulletin*, 28, 161-168.
- Calabria, B., Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2010). Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug and Alcohol Review*. 29(3), 318-30.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.

- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosimi, P. J., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview; test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children. Present Episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 696-702.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 1-7.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescent, I: age- and gender- specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Collin, C. (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : III. Notions essentielles*. Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement. Division des affaires politiques et sociales. DANS Librairie du Parlement, 2006.
- Collin, C. (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : V. L'alcool et ses méfaits*. Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement. Division des affaires politiques et sociales. DANS Librairie du Parlement, 2006.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, (2003). *Suicide et Toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. (Montréal, CPLT).
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, (2002). *Trucs et conseils pour améliorer l'harmonie familiale*. (Montréal, CPLT).
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, (2001). *Comment améliorer l'harmonie familiale. Un moyen pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie*. (Montréal, CPLT).
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, (1999). *Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes. Un moyen pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie*. (Montréal, CPLT).
- Connor, K. R., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). The validity of proxy-based data in suicide research: A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6), 452-457.
- Curruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorder*, 53, 211-215.

- Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- DeWilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 45-51.
- Derby, L. E., Jick, H., & Dean, A. D. (1992). Antidepressant drugs and suicide. *Journal of Chemical Psychopharmacology*, 12 (4), 235-240.
- Diekstra, R. F. W., Kiehorst, C.W.M., & de Wilde, E. J. (1995). Suicide and suicidal behaviour among adolescents. Dans : Rutter, M. Smith, D. J. eds. (1995). *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. 686-761. Chichester: John Wiley.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse, and suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 80-85.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, R. N., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2005). Risk Factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-2124.
- Farborrow, N. L., Shneidman E. S., & Neuringer, C. (1966). Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 132, 32-44.
- Fawcett, J. (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 94-102.
- Feinstein, A. R. (1970). Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23(7), 455-468.
- Fennig, S., Craig, T., Lavelle, J., Kovaszny, B., & Bromet E. J. (1994) : Best-Estimate Versus Structured Interview-Based Diagnosis in First-Admission Psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 341-348.
- Fennig, S., Naisberg-Fennig, S., Craig. T. J., Tanenberg-Karant, M., & Bromet, E. J. (1996). Comparison of clinical and research diagnoses of substance use disorders in a first-admission psychotic sample. *American Journal on Addictions*, 5(1), 40-48.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), part I: description. *Journal of Personality Disorder*, 9, 2.

- 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 Disorder*, 9, 2.
- Gelder, M., Gath, D., & Mayou, R. (1989). *Oxford Textbook of Psychiatry* (second edition). Oxford : Oxford University Press.
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1155-1162.
- Graham, C., & Burvill, P. W. (1992). A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(1), 30-39.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway; a comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 473-483.
- Grant, B. F. (1997). Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United-States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(5), 464-473.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. M., (1997). Suicide as an outcome of mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K., O'Grady, J., Osborn, M., & Cole, D. (1982). Adolescents who take overdoses: their characteristics, problems and contacts with helping agencies. *British Journal of Psychiatry*, 140, 118-123.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269-276.
- Hawton, K., Houston, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2003). Psychological autopsy interviews in suicide research: The reactions of informants. *Archives of Suicide Research*, 7(1), 73-82.
- Hayward, L., Subrick, S. R., & Silburn, S. (1991). Blood alcohol levels in suicide cases. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46(3), 256-260.
- Heikkinen, M., Aro, A., & Lönnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343-358.

- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Henriksson, M., Isometsä, E. T., Sarna, S. J., Kuoppasalmi, K. I. & Lönnqvist, J. K. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 18(5), 1143-1149.
- Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Aro, H. M., Sarna, S. J., & Lönnqvist, J. K. (1995). Age-related variation in recent life events preceding suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(5), 325-331.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. L., & Lönnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-940.
- Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24 : A psychological autopsy study. *Journal of Affective disorders*, 63, 159-170.
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-7.
- Institut de la statistique du Québec (2007). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2004 (tous âge)*. Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm). Consulté le 24 juillet 2008.
- Institut de la statistique du Québec (2007). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2003 (tous âge)*. Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm). Consulté le 24 juillet 2008.
- Institut de la statistique du Québec (2007). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2002 (tous âge)*. Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm). Consulté le 24 juillet 2008.
- Institut de la statistique du Québec (2007). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2004 (par groupe d'âge 15 à 54 ans)*. Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm). Consulté le 24 juillet 2008.
- Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies: A review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Isometsä, E., Henriksson, M., Marttunen, M., Heiddinen, M., Aro, H., Kuoppasalmi, K., & Lönnqvist, J. K. (1995). Mental disorders in young and middle-aged men who commit suicide. *British Medical Journal*, 310, 1366-1367.

- Jacobs, J. (1967). *Adolescent suicide attempts: The culmination of a progressive social isolation. Doctoral thesis*. Los Angeles : University of California.
- Jeanmonod R., & Fryc O. (1990). Toxicomania: death beyond risk. Analysis of cause-of-death in drug addicts. *Schweizerisch Medizinische Wochenschrift*, 120(44), 1643-1648.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kim C. D., Lesage, A., Séguin, M., Lipp, O., Vanier, C., & Turecki, G. (2003). Patterns of comorbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Karila, L., Legleye, S., Donnadieu, S., Beck, F., Corruble, E., & Reynaud, M. (2004) Consommations nocives de produits psychoactifs; résultats préliminaires de l'étude ADOTECNO. *Alcoologie et Addictologie*, 26(2), 99-109
- Kølves, K., Värnik, A., Tooding, L. M., & Wasserman D. (2006). The role of alcohol in suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36(7), 923-930.
- Kranzler, R., Kadden, R., Bureson, J. A., Babor, T. F., Apter, A., & Rounsaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders - is the interview more important than the interviewer. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278-288.
- Kranzler H. R., Kadden R. M., Babor T. F., Tennen, H., & Rounsaville, B. J. (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91(6), 859-868.
- Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, 1-2.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental health disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-1068.
- Lester, D. (1995). Suicide in Quebec, 1951-1986. *Psychological Reports*, 76(1), 122.

- Lester, D. (1996). On the regional variation of suicide in Finland. *Psychiatrica Fennica*, 27, 167-169.
- Lester, D. (1996). On the relationship between fatal and nonfatal suicidal behaviour. *Homeostasis*, 37(3), 122-128.
- Lester, D. (1999). Effects of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychological Reports*, 84, 1158.
- Lester, D. (2000). Unemployment and suicide over nine regions in England and Wales. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 782.
- Loeber, R., Green, S. M., & Lahey, B. B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on childhood psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 136-143.
- Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M., & Mann, J. J. (1995). Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1601-1607.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York : The Guilford Press.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide DSM-III-R Axis I and II diagnoses in suicides among 13-19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., & Lönnqvist, J. K. (1993). Adolescent and suicide; a review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, 10-18.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1994). Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 167-173.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 490-497.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Stajic, M., Moorgan, E. B., & Mann, J. J. (1992). Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *American Journal of Public Health*, 82(9), 1295.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments. *American Psychologist*, 53, 205-220

- McMahon, B., & Pugh, T. F. (1965). Suicide in the widowed. *American Journal of Epidemiology*, 81, 23-31.
- Mendelson, W. B., & Rich, C. L. (1993). Sedatives and suicide. The San Diego Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 337-341.
- Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 164, 231-246.
- Ministère de la Justice, (1996). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDS). Mise à jour le 31 Octobre 2008 sur le site internet suivant : <http://lois.justice.gc.ca/fr/showdoc/cs/C-38.8///fr?page=1>.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mitic, W., Rimer, M., & Seale, T., ( 2002). Youth suicide investigations: Risk and protective factors and recommendations for policy changes. *Journal of Child and Youth Care*. 15(1), 13-32.
- Modestin, J. (1986). Antidepressive therapy in depressed clinical suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(2), 111-116.
- Moeller, F., Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry* 158, 1783-1793.
- Murphy, G. E., & Robins, E. (1967). Social factors in suicide. *Journal of the American Medical Association*, 199, 303-308.
- Murphy, G. E., Armstrong, J. W., Hermele, S. L., Fischer, J. R., & Clendenin, W. W. (1979). Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. *Archives of General Psychiatry*, 36, 65-69.
- Murphy, G. E. (1986). Suicide and attempted suicide. In G. Winokur & P. Clauton (Eds.), *The medical basis of psychiatry*. (539-544), Philadelphia Saunders.
- Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459-463.

- Murphy, G. E. (1992). *Suicide in alcoholism*. New York : Oxford University Press.
- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour : Substance abuse. In K. Hawton & K. van Heering (Éds.). *The international Handbook on Suicide and Attempted Suicide* (pp.135-146). Chichester: John Wiley and Sons.
- Newcomb, M. D. (1992). Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors. Dans M. Glantz et R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 255-297). Washington, DC : American Psychological Association.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, (2004). *Rapport annuel 2004 : État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime, (2000). Demand reduction, a glossary of terms, Nations unies, New York.
- Orvaschel, H. Puig-Antich, J., Chambers, W. I. Tabrizi, M. A., & Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 392-297.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* (Genève, OMS).
- Organisation Mondiale de la Santé (1996). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*, volumes 1 à 3. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms*, OMS, : Genève
- Osgood, N. J., & Brant, B. A. (1990). Suicide behaviour in long-term care facilities. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20 (2), 113-122.
- Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C., & Corkery, J. M. (1999). Suicide among drug addicts in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 277-282.
- Payette, T., & Tousignant, M. (2000). Le suicide chez les jeunes homes toxicomanes : Facteurs de risqué, prevention et intervention. *L'intervenant*, 16(3), 31-34.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(3), 341-352.

- Pendse, B., Westrin, A., & Engstrom, G. (1999). Temperament traits in seasonal affective disorder, suicide attempters with non-seasonal major depression and healthy controls. *Journal of Affective Disorder, 54*, 55-65.
- Poser, W., Poser, S., & Eva-Condemarin, P. (1992). Mortality in patients with dependence on prescription drugs. *Drug and Alcohol Dependence, 30*, 49-57.
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life Threatening Behavior, 36*(5), 491-510.
- Pritchard, C. (1995). *Suicide – The ultimate rejection? A psycho-social study*. Philadelphia: Open University Press.
- Puig-Antich, J., Orvaschel, H., Tabrizi, M. A., & Chambers, W. J. (1995). KIDDIE-SADS-E (Version pour entrevue avec un tiers\ 1995). Traduction; Service de recherche, Hôpital Rivière des Prairies. Adaptation; Centre de recherche Fernand-Seguin.
- Ramirez Basco, M., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W. & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), (1599-1605).
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive behaviours. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(7), 846-851.
- Renaud, J. (2004). *Facteurs de risque de suicide en lien avec le processus suicidaire chez un groupe d'adolescents à risque élevé : hypothèses et discussion. Prévention du suicide & pratiques de réseaux*. Dans Natalis, M.-F. (Ed.). Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide : Les Actes. Liège : 212-215.
- Reynaud, M. (2002). *Usage nocif de substances psychoactives*. Paris, La documentation française.
- Reynaud, M. (2010). Quels sens donner aux prises de risqué? Retrieved December 16, 2010, from <http://www.afpssu.com/ressources/reynaud.pdf>
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study. I. Young vs. Old subjects. *Archives of General Psychiatry, 43*, 577-582.
- Rich, C. L., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *American Journal of Psychiatry, 145*(6), 718-722.
- Rich, C. L., Warssrad, G. M., Nemiroff, R. A., Fowler, R. C., & Young, D. (1991). Suicide, stressors and the life cycle. *American Journal of Psychiatry, 148*, 524-527.

- Rich, C. L., & Runeson, B. S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(5), 335-339.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York : The Free Press.
- Rossow, I. (1994). Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, 89, 1667-1673.
- Rowan, A. B. (2001). Adolescent substance abuse and suicide. *Depression and Anxiety*, 14(3), 186-191.
- Runeson, B. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 25(5), 561-568.
- Runeson, B. (1989). Mental disorders in youth suicide: DSM-III-R Axes I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 490-497.
- Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M. (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. New York, NY : Springer.
- Sameroff, A. J. (1987). The social context of development. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary topics in developmental psychology*, 273-291 New York : Wiley
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. In F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago : University of Chicago Press
- 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. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 581-586.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Daigle, F., & Guy, A. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*. (Montréal); Hôpital Douglas. 32 p.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 25(4), 489-492.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). History of early loss among a group of suicide survivors. *Crisis*, 16(3), 121-125.

- Séguin, M., Kiely, M. C., & Lesage, A. (1994). After suicide: a unique mourning experience? *Santé Mentale au Québec, 19*(2), 63-82.
- Schneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior, 11*(4), 325-340.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 15*, 275-291.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry, 53*, 339-348.
- Shaffi, M., Carrigan, S., Whitinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1061-1064.
- Shaffi, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A. M., Beckner, C., & Whittinghill, R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 14*, 227-233.
- Schneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior, 11*(4), 325-340.
- Segal, D. L., Kabacoff, R. I., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., & Ryan, C. F. (1995). Update on the Reliability of Diagnosis in Older Psychiatric Outpatients Using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology, 1*, 313-321.
- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D. Frank, E., Swartz, H. A., & Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 581-587.
- Sigurdson, E., Staley, D., Mats, M., Hildahl, K., & Squair, K. (1994). A five year review of youth suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*(8), 397-403.
- Skodol, A. E., Rosnick, L., Kellman, D., Oldham, J. M., & Hyler, S. E. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1297-1299.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*(2), 167-173.
- Smith, K., & Crawford, S. (1986). Suicidal behaviour among "normal" high school students. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 16*, 313-325.

- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A., & Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 572-579.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence : a review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1988). *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R – Patient Version*. New York : New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department..
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29
- Statistiques Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.1 (2000-2001)* (Fichier de microdonnées à grande diffusion, DC no 82M0013XCB).
- Statistiques Canada (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être 2002*, (Ottawa, Statistiques Canada).
- Statistics Canada (2004). *Canadian Community Health Survey : Mental Health and Well-Being*. Ottawa (On) : Statistics Canada. Catalogue numéro 82-617.
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Avidan, G. (1998). Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 488-494.
- Steiner, J. L., Tebes, J. K., Sledge, W. H., & Walker, M. L. (1995). A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 365-369.
- St-Laurent, D., & Gagné, M. (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Québec : Institut nationale de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique.
- Suominen, K., Isometsä, E., Kaukka, J., & Lönnqvist, J. (2004). Substance use and male dender as risk factors for deaths and suicide: A 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 720-724.

- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. Dans *Comprehensive Textbook of suicidology*, (pp. 311-341). New York : The Guilford Press.
- Tennant, C., Bebbington, P., & Hurry, J. (1980), Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 10(2), 289-299.
- Tennant, C., Smith, A., Bebbington, P., & Hurry, J. (1979). The contextual threat of life events: the concept and its reliability. *Psychological Medicine* 9(3), 525-528.
- Tousignant, M., & Mishara, B. (1981). Suicide and culture : A review of the literature (1969-1980). *Transcultural Psychiatric Reserach Review*, 18, 5-31.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris : Presse universitaire de France.
- Tousignant, M., & Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*. Comité de lutte à la toxicomanie.
- Tousignant, M., & Harris, T. E. (2001). *Événement de vie et psychiatrie : Apport des études du Life Events and Difficulties Schedule*. Paris : Doin. – Groupe Liaisons S. A.
- Tousignant, M. (2001, Octobre). *L'alcool et les drogues mènent-ils au suicide? Conférence d'ouverture présentée au XXI<sup>e</sup> colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec*. Trois-Rivières.
- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2004). Événements intergénérationnels comme déclencheurs du suicide. In *Prévention du suicide et pratiques de réseaux : Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide : Les Actes* (pp. 172-176). Liège : Maison du social.
- Tousignant, M. (2010). *Renseignement obtenu verbalement lors d'un entretien avec Monsieur Michel Tousignant concernant une communication verbale qu'il a eu avec Mme Antonia Bifulco en ce qui a trait au cadre de référence du CECA*. Montréal. Octobre 2010.
- Tousignant, M., Pouliot, L., Routhier, D., Vrakas, G., McGirr, A., & Turecki, G. (sous presse). Suicide and schizophrenia: role of life events and childhood factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Trudel, M., Puentes-Neuman, G., & NTEBUTSE, J. G. (2002). Les conceptions contemporaines de l'enfant à risque et la valeur heuristique du construit de résilience en éducation. *Revue canadienne de l'éducation*, 27 (2 et 3), 153-173.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity : Implications for understanding Health and Health services. *Annals of Family Medecine*, 7(4)357-363.

- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behaviour. *Psychological Bulletin*, *121*, 246-298.
- Wagner, B. M., Cole, R. E., & Schwartzman, P. (1995). Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *25*, 358-372.
- Weiss, R. D., & Hufford, M. R. (1999). Substance abuse and suicide. In G. Douglas, & M. D. Jacobs (Éds.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 300-310). San Francisco : Jossey-Bass.
- White, J. (1998). *Youth suicide prevention: A framework for British Columbia*. Vancouver : Suicide Prevention, Information and Resource Centre of British Columbia.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *76*(suppl), S11-219.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davis, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 630-636.
- Windle, M. (1994). Characteristics of alcoholics who attempted suicide: co-occurring disorders and personality differences with sample of male Vietnam era veterans. *Journal of Studies on Alcohol*, *55*, 571-577.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001) Attainment and maintenance of reliability of axis I and axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(5), 369-374.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personal Disorder*, *14*(4):291-9.
- Zook, H., Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*, *92*, 195-204.

## APPENDICE A

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES LIÉS À L'INTOXICATION ET AU SEVRAGE DES  
DIFFÉRENTES SUBSTANCES SELON LE DSM-IV

---

**Alcool : Intoxication**

A - Ingestion récente d'alcool.

B - Troubles comportementaux (agressivité, troubles du jugement, comportement sexuel inapproprié, avec une incidence sociale ou professionnelle) se développant pendant ou au décours de l'ingestion.

C - Signes se développant pendant ou au décours de l'ingestion :

Dysarthrie

Incoordination

Troubles de l'équilibre

Nystagmus

Trouble de l'attention ou de la mémoire

État stuporeux ou coma

D - Après exclusion d'une autre pathologie.

**Alcool : Sevrage**

A - Arrêt ou diminution de la consommation d'alcool.

B - 2 ou plus des symptômes suivants se développent dans un délai de quelques heures à quelques jours après

Hyperactivité adrénergique (sueurs, tachycardie > 100)

Tremblement des mains

Insomnie

Nausées ou vomissements

Hallucinations visuelles, tactiles ou auditives

Agitation psychomotrice

Anxiété

Crises tonico-cloniques

C - Symptômes ayant un retentissement social ou professionnel.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

Spécifier s'il y a des troubles de la perception.

### **Amphétamines : Intoxication**

A - Ingestion récente d'amphétamines ou de substances proches (méthylphenidate).

B - Troubles comportementaux (euphorie, agressivité, hypervigilance, susceptibilité, anxiété, tension, colère, stéréotypie, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) se développant pendant ou au décours de l'ingestion.

C - 2 ou plus des symptômes suivants se développent pendant ou au décours de l'ingestion :

Tachycardie ou bradycardie

Mydriase

Hypertension ou hypotension artérielles

Sueurs ou frissons

Nausées ou vomissements

Perte de poids

Agitation ou retard psychomoteur

Faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique ou arythmie cardiaque

Confusion, épilepsie, dyskinésie, dystonie ou coma.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

Spécifier s'il y a des troubles de la perception.

### **Amphétamines : Sevrage**

A - Arrêt ou diminution de la consommation d'amphétamines.

B - Dysphorie et 2 ou plus des symptômes suivants se développant dans un délai de quelques heures à quelques jours après l'arrêt :

Fatigue

Cauchemars

Insomnie ou hypersomnie

Augmentation de l'appétit

Agitation ou retard psychomoteur

C - Retentissement social ou professionnel.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### **Cannabis : Intoxication**

A - Usage récent de cannabis. .

B - Troubles comportementaux (troubles de la coordination, euphorie, anxiété, désorientation temporelle, troubles du jugement, isolement social) se développant pendant ou au décours de l'ingestion.

C - 2 ou plus des signes suivants se développent dans les 2 heures qui suivent l'utilisation :

Irritation conjonctivale

Augmentation de l'appétit

Sécheresse buccale

Tachycardie

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

Spécifier s'il y a des troubles de la perception.

### **Cocaïne : Intoxication**

A - Usage récent de cocaïne.

B - Troubles comportementaux (euphorie, hypervigilance, anxiété, agressivité, comportement stéréotypé, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) se développant pendant ou au décours de l'ingestion.

C - 2 ou plus des symptômes suivants se développent pendant ou au décours de l'ingestion :

Tachycardie ou bradycardie

Mydriase

Hypertension ou hypotension artérielles

Sueurs ou frissons

Nausées ou vomissements

Perte de poids

Agitation ou retard psychomoteur

Faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique ou arythmie cardiaque

Confusion, épilepsie, dyskinésie, dystonie ou coma.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### **Cocaïne : Sevrage**

A - Arrêt ou réduction de l'usage prolongé de cocaïne.

B - Développement d'une dysphorie et de 2 ou plus des symptômes suivants dans les quelques heures ou les quelques jours qui suivent :

Fatigue

Cauchemars

Insomnie ou hypersomnie

Augmentation de l'appétit

Agitation ou retard psychomoteur

C - Symptômes ayant un retentissement dans les activités quotidiennes.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### Hallucinogènes : Intoxication

A - Usage récent d'un hallucinogène.

B - Troubles psychologiques et comportementaux (anxiété, dépression, peur de perdre la tête, paranoïa, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) se développant pendant ou peu de temps après la prise.

C - Troubles de la perception sans troubles de conscience associés (intensification des perceptions, dépersonnalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) se développant pendant ou peu de temps après la prise.

D - Développement de 2 ou plus des signes suivants, pendant ou peu de temps après la prise :

Mydriase

Vision trouble

Tachycardie

Palpitations

Sueurs

Tremblements

Incoordination

E - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### **Opiacés : Intoxications**

A - Usage récent d'un opiacé.

B - Troubles comportementaux et psychologiques (euphorie suivie d'apathie, dysphorie, agitation ou retard psychomoteur, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) qui se développent pendant ou peu de temps après l'usage de l'opiacé.

C - Développement d'un myosis ( ou mydriase liée à l'anoxie en cas de surdosage sévère) et 1 ou plus des symptômes suivants, pendant ou peu de temps après la prise d'opiacé :

Somnolence ou coma

Troubles de la parole

Troubles de l'attention ou de la mémoire.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

Spécifier s'il y a des troubles de la perception.

### **Opiacés : Sevrage**

A - Arrêt ou réduction de l'usage prolongé (plusieurs semaines) d'un opiacé, ou administration d'un antagoniste .

B - Développement de 3 ou plus des symptômes suivants :

Dysphorie

Nausées ou vomissements

Myalgies

Larmolement ou rhinorrhée

Mydriase, chair de poule, ou sueurs

Diarrhée

Bâillements

Fièvre

Insomnie

C - Symptômes ayant un retentissement sur les activités sociales ou professionnelles.

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### **Phencyclidine :Intoxication**

- A - Usage récent de phencyclidine ou d'une substance apparentée.
- B - Troubles psychologiques ou comportementaux (agressivité, impulsivité, agitation psychomotrice, trouble du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) se développant pendant ou juste après la prise de phencyclidine.
- C -Développement de 2 ou plus des symptômes dans l'heure qui suit (délai plus court lorsque la phencyclidine est sniffée ou injectée en IV) :
- Nystagmus vertical ou horizontal
  - Hypertension ou tachycardie
  - Engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur
  - Ataxie
  - Dysarthrie
  - Rigidité musculaire
  - Convulsions ou coma
  - Hyperacousie
- D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

### **Sédatifs anxiolytiques-hypnotiques : Intoxication**

- A - Usage récent d'un sédatif anxiolytique ou hypnotique.
- B - Troubles comportementaux et psychologiques (agressivité, comportement sexuel inadapté, dysphorie, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) qui se développent pendant ou peu de temps après l'usage du sédatif.
- C - Développement d'un ou plus des symptômes suivants, pendant ou peu de temps après la prise :
- Dysarthrie
  - Incoordination
  - Troubles de l'équilibre
  - Nystagmus
  - Troubles de l'attention ou de la mémoire.
  - État stuporeux ou coma
- D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

**Solvants : Intoxication**

A - Usage volontaire récent ou exposition à haute dose de solvants ( à l'exception des gaz anesthésiques ou des vasodilatateurs à courte durée d'action).

B - Troubles psychologiques et comportementaux (agressivité, apathie, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) se développant pendant ou peu de temps après l'usage ou l'exposition.

C - Développement de 2 ou plus des symptômes suivants pendant ou peu de temps après l'usage ou l'exposition :

Vertiges

Nystagmus

Incoordination

Dysarthrie

Troubles de l'équilibre

Léthargie

Hyporeflexie

Retard psychomoteur

Tremblements

Faiblesse musculaire généralisée

Vision trouble ou diplopie

État stuporeux ou coma

Euphorie

D - Après exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique.

APPENDICE B

RÉSUMÉ DES ÉTUDES PORTANT SUR LE SUICIDE ET LES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Troubles de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Kölves, Várnik, Tooding et Wasserman (2006)	427 cas de suicide (343 hommes et 84 femmes) avec groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 68,3 % hommes diagnostic lié à l'alcool</li> <li>▪ 28,6 femmes diagnostic lié à l'alcool</li> <li>▪ 50,6 % dépendance à l'alcool</li> <li>▪ 10,2 % abus d'alcool chez les suicidés</li> </ul>						
Séguin et coll. (2006)	102 suicides (85 hommes et 17 femmes) Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 59 % diagnostic de troubles liés aux substances</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 42 % diagnostic de troubles SPA et trouble de l'humeur</li> </ul>		Comorbidité entre Trouble de l'humeur et Troubles SPA
Dumais et coll. (2005)	104 suicidés avec dx de dépression majeure comparé à 74 sans vivants sans diagnostic	Suicidés dépression : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 35,6 % alcool abus/dépendance &lt; six mois</li> <li>▪ 16,3 % drogue abus/dépendance &lt; six mois</li> <li>▪ 24,0 % abus ou dépendance à vie drogues</li> </ul>						Comorbidité entre Trouble de l'humeur et Troubles SPA

Note : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

**APPENDICE B (suite)**

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic Trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic Trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Trouble de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Renaud et coll. (1999)	59 adolescents décédés par suicide avec diagnostic de « disruptive behaviour » (TDAH ou Trouble conduite) comparés à 19 vivants TC	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 46,6 % abus de substance « six derniers mois »</li> <li>▪ 50 % abus de substance « à vie »</li> <li>▪ 43,1 % abus d'alcool « six derniers mois »</li> <li>▪ 24,6 % abus de drogue « six derniers mois »</li> </ul>	▪ 30,5 % dépression majeure		▪ Troubles de conduites (TDAH et TC) plus communs chez suicidés 59,3 %			<p>Plus grande comorbidité chez DB et troubles SPA (46,6 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 43,1 % abus alcool &lt; six mois et DB,</li> <li>▪ 24,6 % abus drogue &lt; six mois et DB</li> <li>▪ pas de différence DB + dépression</li> </ul>
Shaffer et coll. (1996)	120 jeunes de moins de 20 ans décédés par suicide	▪ 42 % troubles liés à l'utilisation de substances	▪ 61 % trouble de l'humeur		50 % troubles comportements			▪ 13 % diagnostic de troubles SPA associée, en comorbidité aux troubles de l'humeur et troubles de la conduite

*Note.* : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

APPENDICE B (suite)

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic Trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic Trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Troubles de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Heikkinen et coll. (1994)	75 alcooliques et 69 non alcooliques (Finlande)	Des 75 diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool : ▪ 83 % dépendance à l'alcool ▪ 17 % abus d'alcool				▪ 65 % ont reçu un diagnostic de dépression		▪ Comorbidité SPA et Trouble de l'humeur
Lesage et coll. (1994)	75 hommes de 18-35 ans (Québec)	▪ 24 % dépendance à l'alcool ▪ 22,7 % dépendance aux drogues ▪ 5,3 % abus d'alcool ▪ 5,3 % abus de drogues	▪ 38,7 % dépression majeure ▪ 8,0 % trouble dépressif n.s. ▪ 1,3 dysthymie ▪ 6,7 % trouble d'ajustement avec humeur dépressive ▪ 4,0 trouble bipolaire ▪ 1,3 trouble bipolaire n.s.	▪ 28 personnalité limite ▪ 14,7 personnalité antisociale ▪ 1,3 personnalité schizotypique ▪ 2,7 personnalité obsessive-compulsive ▪ 16,0 personnalité non spécifiée				▪ 64 ont dx soit d'abus/dépendance de drogues/alcool ou de troubles dépressifs, ou de trouble de la personnalité ▪ 28 % ont deux de ces diagnostics ▪ de tous les diagnostics considérés, 69,3 % ont reçu deux diagnostics

Note : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

**APPENDICE B (suite)**

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic Trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic Trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Trouble de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Henriksson et coll., (1993)	229 sujets (172 hommes et 57 femmes) Finlande	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 43 % abus ou dépendance alcool</li> <li>▪ 34 % dépendance à alcool</li> <li>▪ 9 % d'abus d'alcool</li> <li>▪ 5 % dépendance/abus anxiolytiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 % dépression majeure</li> <li>▪ 9 % trouble dépressif non spécifié</li> <li>▪ 3 % trouble bipolaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 % personnalité limite</li> <li>▪ 31 % troubles de la personnalité</li> </ul>		Des 77 diagnostics dépendance à l'alcool : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22 % ont un diagnostic dépression majeure</li> <li>▪ 26 % ont un diagnostic trouble dépressif</li> </ul>	Des 77 diagnostics de dépendance à l'alcool : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 42 % ont un diagnostic de troubles de la personnalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 92 % de comorbidité</li> </ul>
Marttunen et coll. (1991)	Adolescents âgés entre 13 et 19 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 26 % abus ou dépendance à l'alcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 51 % trouble de l'humeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 32 % trouble de personnalité (limite antisociale)</li> </ul>				Comorbidité trouble de personnalité et troubles SPA
Grahan et Burvill (1992)	15-24 ans et 45-49 ans (Australie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 % abus d'alcool chez les 15-24 ans</li> <li>▪ 10 % abus d'alcool chez les 45-49 ans</li> </ul>						

*Note.* : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

**APPENDICE B (suite)**

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic Trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic Trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Trouble de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Rich et Runeson (1992)	Étude comparative aux États-Unis et en Suède chez les moins de 30 ans avec diagnostic de trouble de personnalité limite	Suède : ▪ 74 % abus de substances ▪ 32 % abus alcool ▪ 43 % abus de drogue et alcool  États-Unis : ▪ 87 % abus de substances ▪ 0 % abus alcool ▪ 87 % abus de drogue et alcool	Suède : ▪ 37 % dépression ▪ 41 % dépression					Abus de substance/dépression Suède ▪ 84 % comorbidité  États-Unis ▪ 89 % comorbidité
Murphy (1992)	50 hommes alcooliques suicidés (États-Unis)	▪ 100 % diagnostic d'abus ou de dépendance				▪ 72 % comorbidité trouble affectif majeur (trouble dépressif)		▪ 22 % alcoolisme pur, sans comorbidité

*Note.* : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

**APPENDICE B (suite)**

Auteurs de l'étude	Échantillon	Diagnostic SPA	Diagnostic Trouble de l'humeur	Diagnostic Troubles de la personnalité	Diagnostic Trouble de la conduite	Diagnostic SPA et Trouble de l'humeur	Diagnostic SPA et Troubles de la personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Runeson (1990)	58 suicides (42 hommes et 16 femmes) chez les moins de 30 ans (Suède)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 47 % abus/dépendance aux substances</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 32,8 % trouble de personnalité limite</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 47 % ont un diagnostic de trouble abus/dépendance aux substances, dont 7,4 % ont un diagnostic de dépression majeur également</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 47 % ont un diagnostic de trouble abus/dépendance aux substances, dont 55,6 % ont un diagnostic de trouble de personnalité limite également</li> </ul>	Comorbidité 47 % SPA et Humeur et 47 % SPA et personnalité
Rich et coll. (1986)	n = 133 de moins de 30 ans n = 150 de plus de 30 ans (États-Unis)	Trouble SPA Drogues <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 66 % moins de 30 ans</li> <li>▪ 26 % plus de 30 ans</li> </ul> Alcool <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 54 % moins de 30 ans</li> <li>▪ 55 % plus de 30 ans</li> </ul>	Trouble affectif <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 35 % moins de 30 ans</li> <li>▪ 52 % plus de 30 ans</li> </ul>	Personnalité antisociale <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 9 % moins de 30 ans</li> <li>▪ 1 % plus de 30 ans</li> </ul>				

*Note* : SPA = troubles liés aux substances psychoactives, DB = « disruptive behavior ».

## APPENDICE C

### LETTRE AUX FAMILLES ENDEUILLÉES PAR LE BUREAU DU CORONER



Date

Madame, Monsieur,

Un groupe de chercheurs de l'Université de Montréal (Dr Alain Lesage), de l'Université du Québec à Hull (Dre Monique Séguin) et de l'Université du Québec à Montréal (Dr Michel Tousignant) poursuivent une étude sur les personnes décédées de mort violente. Les morts accidentelles et violentes sont des causes importantes de décès chez les hommes adultes. Il est très important de mieux définir les facteurs qui sont associés à ces décès afin de pouvoir mieux les prévenir dans l'avenir. Le Bureau du coroner, conscient de sa responsabilité face à ce phénomène, apporte son appui à cette recherche. Un tel projet nécessite donc la participation de gens qui ont perdu un proche par mort accidentelle.

Le but de ce programme de recherche consiste à explorer les facteurs de risque et les événements de vie qui ont précédé un décès par mort violente de même que l'état psychologique dans lequel se trouvait la personne dans les mois précédents. Dans quelques jours, vous recevrez un appel d'un membre de l'équipe de recherche qui vous expliquera le projet en détail et vous demandera si vous ou d'autres membres de la famille êtes disposés à collaborer à ce projet. Dans l'affirmative, nous souhaitons vous rencontrer pour réaliser une série d'entrevues (4 ou 5) qui s'étaleront sur plusieurs semaines. Ces entrevues se réaliseront selon votre capacité, à un moment et à un lieu à votre convenance. Vous pourrez à tout moment mettre fin aux entrevues. L'information recueillie sera traitée avec confidentialité et nous vous assurons la présence d'une équipe de professionnels tout au long de votre participation.

Malgré tout, sachez-vous libre de participer ou de ne pas participer à ce projet qui n'a pour but que de mieux comprendre ces événements tragiques et nous permettre un jour de les prévenir ou au moins d'en réduire le nombre. D'un autre côté, nous souhaitons également aider des familles qui, comme vous, ont perdu un être cher dans des circonstances tragiques.

.../2

- 2 -

Si nous pouvions faire quoi que ce soit pour vous en retour, soit vous apporter soutien ou réconfort, soit répondre à vos questions concernant ce programme de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Il nous fera plaisir de vous aider. Vous pouvez contacter en tout temps un membre du groupe de recherche au Centre de recherche Fernand-Séguin, au (514) 251-4015, poste 3530.

En vous remerciant, veuillez croire à l'expression de nos sentiments les meilleurs.



---

Pierre Morin  
Coroner en chef

---

Dre Monique Séguin  
Centre de recherche Fernand-Séguin

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

---

*Une équipe de recherche composée des Drs Monique Séguin, Alain Lesage, et Margaret C. Kiely de l'Université du Québec en Outaouais, du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Université de Montréal, poursuivent une étude sur les réactions de deuil, dans le but de mieux comprendre comment les personnes qui vivent une perte traumatique réagissent et s'adaptent à cette situation. Nous croyons que les résultats de cette recherche permettront d'améliorer les programmes d'intervention auprès de personnes endeuillées.*

*Dans le cadre de cette étude, nous sollicitons votre collaboration. Une entrevue d'environ quatre heures sera réalisée avec vous à un moment et à un lieu à votre convenance. L'entrevue pourrait être réalisée par étapes en fonction de votre capacité. Vous pourrez à tout moment y mettre fin. Il est entendu qu'un refus de votre part ne vous porterait aucun préjudice, ni ne limiterait votre accès à des ressources d'aide pour vous-même ou votre famille. Nous désirons également enregistrer l'entrevue afin de compiler plus fidèlement les réponses que vous nous donnerez. Ces cassettes demeureront strictement confidentielles, elles ne seront utilisées qu'aux fins de la recherche et seront détruites par la suite.*

*L'information recueillie servira seulement aux fins de cette recherche. Toute information recueillie à votre sujet demeurera strictement confidentielle et sera traitée de telle façon qu'on ne puisse en aucun temps vous identifier.*

*Par la présente, je soussignée, \_\_\_\_\_  
consens à participer à cette recherche.*

*Signature de la personne autorisée : \_\_\_\_\_*

*Date : \_\_\_\_\_*

*Témoïn : \_\_\_\_\_*

APPENDICE E

SCID : STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DIAGNOSIS  
DIAGNOSTIC LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE PSYCHOACTIVE

**ABUS D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)**

Permettez-moi de vous poser quelques questions additionnelles sur vos habitudes de consommation de boissons (Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il arrivé d'être intoxiqué(e) ou éméché(e) ou encore d'avoir vraiment la gueule de bois à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous preniez soin d'un enfant ?

**SINON :** Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou éméché(e) ou que vous aviez vraiment la gueule de bois ?

**SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES :**  
À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ?  
(À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Vous est-il déjà arrivé de boire à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire en état d'ébriété ?)

**SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN :** À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

Avez-vous eu des ennuis avec la justice après vous être enivré(e) ?

**SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN :** À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

**QUESTION À POSER AU BESOIN :** Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous buviez, p.ex., avec des membres de votre famille, des amis ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales au sujet de vos habitudes de consommation ?)

**SI OUI :** Avez-vous quand même continué à boire ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne la présence d'au moins un des symptômes suivants, durant une période de 12 mois :

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| (1) consommation d'alcool répétée rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'alcool; absences, suspensions ou expulsions de l'école, liées à la consommation d'alcool; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage). | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) consommation d'alcool répétée dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)  | ? | 1 | 2 | 3 |
| (3) démêlés répétés avec la justice, liées à la consommation d'alcool (p.ex., arrestations pour ivresse et conduite).  | ? | 1 | 2 | 3 |
| (4) poursuite de la consommation d'alcool malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par l'alcool (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique).   | ? | 1 | 2 | 3 |

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALC  
CONTINUE  
L'INTERROGA  
PAGE E.4  
DÉPENDANC  
L'ALCOOL

**DÉPENDANCE À L'ALCOOL**

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.  
(Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES**

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus. ? 1 2 3

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens. ? 1 2 3

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets. ? 1 2 3

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool. ? 1 2 3

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool). ? 1 2 3

Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...

... de la transpiration ou des palpitations ?

... un tremblement des mains ?

... des troubles du sommeil ?

... des nausées ou des vomissements ?

... de l'agitation ?

... de l'anxiété ?

(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)

SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?

(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) : ? 1 2

(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;

(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) : ? 1 2

(a) au moins DEUX des critères suivants :

- hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)
- augmentation du tremblement des mains
- insomnie
- nausées ou vomissements
- agitation
- anxiété
- crises d'épilepsie (grand mal)
- illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires

(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage. ? 1 2



**CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE**

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

SI OUI : Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

PASSER À LA  
PAGE E.8  
(TYPES DE  
RÉMISSION)

DÉPENDA  
PRÉSEN

**DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE**

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

**TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES  
QUE L'ALCOOL  
(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)**

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

**LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :**

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue d'un médicament:

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ?

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en ques 10 fois en l'espace d'un mois.

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)

⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à médicament OU en a utilisé en quantités aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.

⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, M/ FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.

⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION EN (B) EST VRAIE.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

**Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")**

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

**Cannabis**

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

**Stimulants ("uppers")**

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("celestapone", pilules pour maigrir)

**Opiacés**

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

**Cocaïne**

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

**Hallucinogènes (psychédéliques)**

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

**PCP**

Phencyclidine, poudre d'ange

**Autres**

Stéroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre



Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3"). (Préciser période problématique)

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POL
	3	3	3	3	3	3	3
(3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu.	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?
	E36	E37	E38	E39	E40	E41	E42

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE)

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POL
(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens.	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?
	E44	E45	E46	E47	E48	E49	E50



Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	F
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	I

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	P
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	
	?	?	?	?	?	?	
	E80	E81	E82	E83	E84	E85	E

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY
(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :							
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89

### LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES (TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

#### SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

#### STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

#### OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP
3	3	3	3	3	3
E92	E93	E94	E95	E96	E97

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

3	3	3	3	3	3
1	1	1	1	1	1
E100	E101	E102	E103	E104	E105

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

1	1	1	1	1	1
E108	E109	E110	E111	E112	E113

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

**CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE**

**DANS LE DOUTE :** Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des 6 derniers mois ?

**SI OUI :** Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POL'
Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).	3 E116	3 E117	3 E118	3 E119	3 E120	3 E121	3 E122

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours des 6 derniers mois ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.

	1 E124	1 E125	1 E126	1 E127	1 E128	1 E129	1 E130
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDIQUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LI DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS (il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP
	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3
	E132	E133	E134	E135	E136	E137

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

## APPENDICE F

### CECA

---

#### GRILLE D'ENTREVUE CECA (CHILDHOOD EXPERIENCE OF CARE AND ABUSE)

---

Le CECA est composé de questions semi-structurées ayant pour but de recueillir des informations sur les attitudes et les soins parentaux, sur les pertes, les expériences précoces d'adversité que S a vécues au cours de son enfance jusqu'à l'âge de 17 ans. Il explore les variables comme l'indifférence, la négligence, l'antipathie, le rejet. Les questions s'adressent séparément aux expériences familiales de S avec les figures parentales masculines et féminines de chacun des foyers dans lequel S a vécu. Le CECA permet aussi d'explorer les expériences familiales d'adversité et de protection de S.

**Des exemples concrets sont nécessaires présentant la fréquence, la durée et la gravité des situations discutées. Ils permettront d'évaluer plus objectivement les expériences abordées.**

**J'aimerais d'abord faire le tableau des différents foyers dans lesquels S a vécu.**

INDIFFÉRENCE/NÉGLIGENCE/REJET/CHALEUR AFFECTIVE

**Pouvez-vous me décrire les attitudes des parents de S à son égard ?**

**Est-ce que vous diriez que S s'entendait mieux avec son père ou sa mère ?**

**Pensez-vous que son père/sa mère avaient vraiment du temps à consacrer à S lorsqu'il était petit ?**

**S'intéressaient-ils aux activités scolaires et à ses loisirs ?**

- ◆ *Est-ce que ses parents allaient rencontrer ses professeurs, lisaient-ils le bulletin ?*
- ◆ *Est-ce qu'ils aidaient S dans ses travaux scolaires ?*
- ◆ *Ses parents l'ont-ils informé au sujet de la sexualité ?*
- ◆ *À quel âge ?*
- ◆ *Pouvait-il en parler facilement à ses parents ?*

**Est-ce que S avait tout ce dont il avait besoin (nourriture, vêtements, argent de poche) ?**

- ◆ *Qu'est-ce qui se passait quand S était malade ?*
- ◆ *Est-ce que ses parents prenaient bien soin de lui ?*

- ◆ *Qui dormait dans la même chambre ?*
- ◆ *Qui dormait dans le même lit ?*
- ◆ *Est-ce que cela a eu des conséquences ?*

**Est-ce que les parents de S lui montraient beaucoup d'affection ou de tendresse ?**

- ◆ *Soit en parole ou en geste – comment l'exprimaient-ils ?*

**Est-ce que S se sentait désiré ?**

**Comment les parents de S le manifestaient-ils ?**

- ◆ *S a-t-il déjà pu sentir que ses parents ne l'aimaient pas/ne le désiraient pas ?*
- ◆ *... que S était de trop dans leur vie – ou un fardeau ? Quand ?*
- ◆ *Qu'est-ce qu'ils ont dit à S pour qu'il se sente ainsi ?*

**Est-ce que ses parents lui manifestaient du soutien et de l'encouragement lorsqu'il en avait besoin ?**

- ◆ *... ou le consolait lorsqu'il avait de la peine – ou à des moments importants de sa vie ?*

**S se sentait-il en sécurité ?**

**S se sentait-il négligé ?**

SUPERVISION

**Quel âge avait S lorsqu'il a été laissé seul à la maison pour la première fois ?**

- ◆ *Qu'avait-il l'habitude de faire à ce moment ? (mauvais coups ?)*

**Est-ce que les parents de S l'empêchaient de sortir, de voir ses amis ? Pourquoi ?**

**Ses parents savaient-ils toujours où S était et avec qui il était ?**

- ◆ *S s'éloignait-il très loin de la maison ?*
- ◆ *Est-ce que ses parents auraient pu savoir où il se trouvait même si S ne l'avait pas dit ?*

**Comment cela a-t-il évolué à mesure qu'il grandissait ?**

**À l'adolescence, est-ce que les parents surveillaient ses entrées et sorties ?**

**Se mêlaient-ils de sa vie privée ? (écouter ses conversations téléphoniques)**

- ◆ *Quelles étaient les heures pour entrer et sortir à la maison ?*

## DISCIPLINE

**Qui prenait surtout la responsabilité de voir à ce que S se conduise bien ?**

- ◆ *Comment cela se passait-il ?*

**Y avait-il des règlements à propos des endroits où S pouvait jouer, des heures de rentrée et de coucher ? Les manières à table ?**

**Qu'arrivait-il lorsque S manquait aux règlements ?**

- ◆ *Donnez-moi un exemple.*
- ◆ *Étiez-vous toujours certains de savoir à quoi vous en tenir avec ces règles ?*
- ◆ *Est-ce que les parents de S maintenaient leurs règles ?*
- ◆ *Acceptaient-ils de bonnes excuses ?*
- ◆ *Laisaient-ils des chances ?*

**S a-t-il déjà pensé que ses parents étaient stricts ? ou trop mous ?**

**S a-t-il déjà été puni ou engueulé sans aucune raison apparente ? (ex : si les parents étaient de mauvaise humeur ou avaient pris un verre.)**

**Est-ce que ses frères et sœurs étaient traités différemment ? Pourquoi était-ce comme cela ?**

## VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE/ANTIPATHIE

**Est-ce que les parents de S avaient tendance à le menacer de quelque façon ?**

- ◆ *Soit des menaces physiques ou menaçaient de quitter S ou de le renvoyer de la maison ?*

**Ont-ils déjà eu à son égard des actes de cruauté ?**

**Est-ce que S a dit avoir senti qu'il avait peur d'eux ?**

**Est-ce que les parents de S l'insultaient, le blessaient en lui disant des choses méchantes ?**

- ◆ *Qu'est-ce qu'ils disaient ?*
- ◆ *Étaient-ils cruels ? Quand et comment ?*

**Est-ce qu'ils critiquaient souvent S ?**

- ◆ *Quelle est la pire chose qu'ils lui aient dite ? Cela se produisait-il souvent ?*

**S s'est-il déjà senti humilié par ses parents ? Comment ?**

**Que faisait l'autre parent lorsque l'autre agissait comme cela ?**

**Étaient-ils difficiles à satisfaire ?**

- ◆ *Était-ce exagéré ? Comment ? Quand ?*

**S a-t-il déjà pensé que ses parents ne lui faisaient pas confiance ?**

- ◆ *Vous rappelez-vous une occasion où ils ont manifesté ce manque de confiance à l'égard de S ?*

**Y a-t-il eu des moments où S n'aimait pas ses parents ? Pourquoi ?**

**Les parents de S le félicitait-il beaucoup ?**

- ◆ *À quelle fréquence ?*
- ◆ *Que disaient-ils ?*

#### RENVERSEMENT DES RÔLES

**Quels étaient les tâches que S avait à faire à la maison pour aider la famille ?**

**Trouvait-il qu'il en avait trop ou pas assez à faire ?**

**S était-il fier de faire tout cela pour ses parents ?**

**S a-t-il déjà senti que ses parents comptaient beaucoup sur lui ?**

- ◆ *Qu'ils dépendaient de lui ?*

**S a-t-il déjà senti que ses parents n'arrivaient pas à prendre soin des enfants de la famille lorsque S était enfant ?**

**S a-t-il déjà senti que ses parents étaient dépassés par la situation ?**

**Étaient-ils incapables de s'arranger avec la situation ?**

- ◆ *Comment cela se manifestait-il ?*
- ◆ *Comment expliquez-vous cela ?*
- ◆ *S a-t-il déjà manqué l'école pour aider ses parents ?*

**S pouvait-il aller voir l'un ou l'autre de ses parents lorsqu'il était blessé ?**

**S pensait-il qu'il aurait pu s'arranger tout seul ?**

**Ses parents se confiaient-ils souvent à S ?**

- ◆ *Que confiaient-ils ?*
- ◆ *À quelle fréquence ?*

**S a-t-il eu à agir comme messenger entre ses parents (l'un demande de dire à l'autre de faire quelque chose)**

- ◆ *Est-ce que l'un des parents s'est déjà plain du comportement de l'autre ? exemple ?*

**S s'est-il déjà senti inquiet à propos de ses parents ?**

**S sentait-il qu'il devait faire quelque chose pour qu'ils se sentent mieux ?**

- ◆ *Y avait-il des périodes où s'était différent ?*

## FAVORITISME/BOUC ÉMISSAIRE

**Est-ce que tous les enfants étaient traités de la même façon ?**

- ◆ *Si non, comment et pourquoi ?*

**Est-ce que les parents de S avaient des favoris dans la famille ?**

- ◆ *Qui ? Est-ce que cela a toujours été ainsi ?*
- ◆ *Quand cela a-t-il commencé ?*
- ◆ *Comment cela s'est-il manifesté ?*

Favoritisme : parent qui favorisait  
enfant favorisé

Bouc-émissaire : parent en cause  
enfant victime

## SECRETS

**S a-t-il déjà été au courant d'un secret qu'il devait cacher à d'autres concernant l'un de ses parents ?**

- ◆ *Y a-t-il déjà eu des secrets liés à la famille que S devait cacher à d'autres ?*
- ◆ *Si oui, de qui était gardé le secret ?*

## TENSIONS/DISCORDES FAMILIALES

**Y avait-il des tensions ou des disputes à la maison ?**

- ◆ *Si oui, à quelle fréquence, de quel type, qui était impliqué, durée et comment cela se réglait-il de façon générale ?*

**Est-il arrivé que quelqu'un cesse de parler aux autres ?**

- ◆ *Pourquoi ?*
- ◆ *Pendant combien de temps ?*

**Les parents de S faisaient-ils un effort pour ne pas se chicaner en présence des enfants ?**

- ◆ *S les voyait-il ou entendait-il leurs disputes ?*
- ◆ *Les échanges étaient-ils orageux ?*
- ◆ *Se lançaient-ils des objets ?*
- ◆ *À quelle fréquence cela se produisait-il ?*

**Les choses s'arrangeaient-elles après une querelle ou est-ce que cela traînait pendant un certain temps ?**

**Comment S se sentait-il lorsque ses personnes se chicanaient ?**

- ◆ *Qui était impliqué ?*

#### ABUS PHYSIQUES

**Est-ce que les parents de S l'ont déjà frappé ?**

- ◆ *Lequel d'entre eux ?*
- ◆ *Comment, a-t-on utilisé un objet (bâton, pantoufle ou autre)*
- ◆ *À quelle fréquence ?*
- ◆ *À quel âge ?*
- ◆ *Cela se passait-il de la même façon à chaque fois ?*
- ◆ *S a-t-il été menacé de se faire frapper ?*
- ◆ *Que faisait l'autre parent à ce moment là ?*

**Se sont-ils déjà mis en colère contre S, brisé des objets, mordus ?**

**Était-ce la même chose pour les frères et les sœurs de S ?**

**Quelle est la pire expérience que S ait pu vivre ?**

- ◆ *Qui était présent à ce moment là ?*
- ◆ *Comment S a réagi ?*
- ◆ *Comment s'est-il senti ? A-t-il pleuré, a-t-il blâmé quelqu'un à ce moment là ?*

**Est-ce que quelqu'un a essayé d'arrêter cela d'une façon ou d'une autre ?**

- ◆ *Que faisait l'autre parent ?*
- ◆ *S en a-t-il parlé à quelqu'un d'autre ?*
- ◆ *Quelle a été sa réaction ?*
- ◆ *Les services sociaux ou les policiers ont-ils été impliqués ?*
- ◆ *S a-t-il été obligé d'aller à l'hôpital ?*
- ◆ *Est-ce que quelqu'un à l'école s'en est aperçu ?*
- ◆ *Y a-t-il quelqu'un qui a essayé de protéger S d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ **Quelles étaient les personnes impliquées ?**

## ABUS SEXUELS

**NB NE PAS INSISTER SI LA PERSONNE RÉAGIT FORTEMENT.**

**Est-ce que S a été victime d'abus sexuels à l'intérieur de la famille ?**

- ◆ *De qui ?*
- ◆ *Comment cela est-il arrivé ?*

**Est-ce arrivé en dehors de la famille ?**

- ◆ *Si oui, de qui ? (parents, conjoint, enfants, amis)*
- ◆ *Quand ? Comment, de quelle manière, fréquence, durée ?*
- ◆ *Est-ce que quelqu'un a essayé d'arrêter cela d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ *S en a-t-il parlé à quelqu'un ?*
- ◆ *Y a-t-il quelqu'un qui a essayé de protéger S d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ **Que faisait l'autre parent ?**

**Qui était la figure dominante ?**

- ◆ *Père – mère – équivalent*

## APPENDICE G

### Life Events and Difficulties Schedule (LEDS)

---

#### *Notes à l'intervieweur*

***Gras*** : Questions obligatoires, elles doivent être posées si l'aspect n'a pas déjà été couvert durant l'entrevue.

***Italique*** : Questions suggérées qui ne sont utilisées que lorsqu'un événement ou une difficulté a été identifiée. Ces questions représentent un aide-mémoire concernant les aspects qui doivent être couverts durant l'entrevue.

- a) **Lorsqu'un événement est identifié, questionnez en détail les incidents factuels qui ont abouti à l'événement ou qui en découlent (exemple : décisions précédant un changement d'emploi ou un mariage) afin d'établir le degré de menace contextuelle. Utilisez le matériel en italique au début des sections pour vous guider.**
- b) **Voyez à bien établir la date de chaque événement et le lien entre chaque événement et les autres événements ou difficultés.**
- c) **Rappelez au répondant le cercle de personnes couramment comprises dans la grille (elle-même, conjoint, enfants, père, mère, frères, sœurs, confidents).**
- d) **Rappelez au répondant la période de temps couverte par l'entrevue.**
- e) **Adaptez la formulation des questions selon les échantillons et le répondant (enfant, parent, confident).**

#### Référence :

Life Events and Difficulties Schedule (LEDS), Brown, G. W., Harris, T. and Bifulco, A. (1978, 1988, 1989) Traduction et adaptation de Lemyre, L. (1990)  
Adaptation à la tierce personne, Routhier, D., (2001).

Le matériel descriptif contenu dans ce volume doit être traité avec la plus grande confidentialité et ne doit être cité sous aucune circonstance sans permission.

Nous sommes intéressés à connaître les conditions de vie de S, c'est à dire ce qui s'est passé d'important dans les douze derniers mois.

Mais tout d'abord, j'aurais besoin de quelques informations de base.

**Complétez la feuille de réseau (fiche socio-démographique) :**

◆ Numéro du sujet	◆ Nom/âge (des membres du réseau de S)
◆ Prénom du sujet	◆ Lien
◆ Âge	◆ Maisonnée
◆ État civil	◆ Confident/fréquence du contact
◆ Occupation	
◆ Date de décès	
◆ Date d'entrevue	

Maintenant, j'aimerais vous entretenir de la période qui remonte à un an avant le décès de S, soit du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Je vais vous poser des questions sur des choses majeurs qui sont arrivées à S, à vous ou à des personnes proches de S. Il peut aussi s'agir d'événements où S a été impliqué directement. Les personnes proches peuvent être : conjoint de S, enfants, parents, frères, sœurs, autres personnes qui vivaient avec S ou confidents de S.

## SECTION 1 – SANTÉ

Dans la dernière année de vie de S, est-ce qu'il ou un membre de son entourage a été malade ? Conjoint, enfant, parent, etc. DATER

Est-ce que S entrevoyait que ça puisse arriver ?

Jusqu'à quel point était-ce sérieux ?

- ◆ Était-ce une urgence ?
- ◆ Qu'a dit le médecin : raison de la maladie, chance de récupérer, perspectives, etc.
- ◆ Était-ce traitable, soins insuffisants, inadéquats ?
- ◆ Est-ce déjà arrivé auparavant ?

Impact sur :

- ◆ Quel a été l'impact sur le travail de S – possibilité de perdre son emploi ?
- ◆ Congé de maladie payé – problème pour obtenir des soins appropriés ?
- ◆ Manifestations, douleurs, symptômes, combien de temps au lit ?

- ◆ Interférence avec les loisirs, passe-temps, plan pour l'avenir ?

Maladie d'autrui seulement :

- ◆ S en doutait-il ?
- ◆ Quelle a été l'implication de S dans la maladie de x ?
- ◆ Soins infirmiers, degré de contagion, danger que x meurt ou reste handicapé ?
- ◆ Changement de comportement de x : colère, irritabilité, ingratitude, blâme, gêne ?

Futur :

- ◆ Quelles étaient les raisons de croire que ça risque d'arriver à nouveau ?
- ◆ Probabilité estimée, conséquences envisagées ?

***Dans les douze derniers mois, y a-t-il quelqu'un qui a été admis à l'hôpital ou qui en est sorti ? Est-ce que S pensait que cela risquait d'arriver ? DATER***

- ◆ Pour quelle raison ?
- ◆ Urgence ?
- ◆ Anesthésie locale – générale ? Combien de temps ?
- ◆ Problèmes durant le séjour à l'hôpital ? Ajout des questions précédentes, au besoin...

***Y a-t-il quelqu'un parmi les proches de S qui est décédé ou qui risquait de décéder au cours de la dernière année ? DATER***

- ◆ De quoi ? (se référer aux questions précédentes si nécessaire)
- ◆ Était-ce prévisible ?
- ◆ Combien de fois S voyait cette personne avant et durant sa maladie ?
- ◆ Est-ce que S était présent ?
- ◆ Est-ce que S s'est impliqué, de quelle façon ?
- ◆ Est-ce que S a eu à réconforter les affligés ?
- ◆ Problèmes face aux arrangements funéraires ou au testament ?
- ◆ Impact sur la façon de vivre de S après le décès ?

***Y a-t-il quelqu'un d'autre que S connaissait qui est décédé ou qui risquait de décéder ? DATER***

- ◆ Qui était cette personne ? Depuis combien de temps S connaissait cette personne ?
- ◆ À quelle fréquence S voyait cette personne ?
- ◆ Implication de S autour de l'événement ?

***Y a-t-il eu une forme quelconque d'opération chirurgicale du date au date, pour S ou conjoint, famille, confident ? Est-ce que S s'attendait à ce qu'il y ait des opérations au cours de cette période ? DATER***

- ◆ Sérieux ? anesthésie générale ? nombre de jours à l'hôpital ? sans travail ? autres conséquences ?

***Est-ce que S a reçu - ou s'attendait de recevoir - une mauvaise nouvelle à propos d'une maladie chez quelqu'un ? DATER***

- ◆ Quoi, qui, conséquences ?

***Y avait-il des problèmes de maladie chronique qui affectait S ou une personne significative pour lui ?***

- ◆ Qui, implication pour la personne et pour S.

***Exemple : Quelqu'un proche de S ou S lui-même souffrait-il ou risquait-il de souffrir de l'un ou l'autre des troubles suivants :***

- ◆ Trouble au niveau de la poitrine
- ◆ Haute pression
- ◆ Trouble cardiaque ou trombose
- ◆ Varices ou hémoroïdes
- ◆ Asthme
- ◆ Tuberculose
- ◆ Bronchite chronique
- ◆ Trouble du foie ou de la vessie
- ◆ Ulcère d'estomac
- ◆ Autre trouble de l'estomac chronique
- ◆ Trouble du rein ou pour uriner
- ◆ Arthrite ou rhumatisme
- ◆ Trouble nerveux ou désordre mental de quelque nature qu'elle soit
- ◆ Diabète
- ◆ Trouble thyroïdien
- ◆ Blanc de mémoire, perte de conscience ou périodes d'étourdissement
- ◆ Troubles répétés à la colonne vertébrale ou au dos
- ◆ Trouble de peau chronique
- ◆ Hernie ou rupture
- ◆ Épilepsie
- ◆ Migraine
- ◆ Trouble menstruel ou autre trouble gynécologique
- ◆ Trouble par rapport à la contraception

(Qui, quel degré, conséquences, implications pour S ou quelqu'un de ses proches, DATE)

***Est-ce que l'un des proches de S lui causait du souci - ou aurait pu lui en causer - pour d'autres raisons ? soit à cause de l'âge (sénilité ou invalidité) ou de problème d'alcoolisme, de drogue, de jeu d'argent, de handicap mental ou autre ?***

- ◆ Est-ce que S a eu ou aurait eu à avoir des contacts formels, médicaux ou légaux à cause de ces problèmes ? DATER

S'il y a invalidité chez un enfant, demandez :

- ◆ Difficulté à être reconnu, à obtenir un diagnostic ou de l'aide ?
- ◆ Conséquences pour S, est-ce fréquent dans la famille ?
- ◆ Effet sur son comportement, sa personnalité/performance, classe spéciale, thérapie/cours en surplus.
- ◆ Inquiétude pour le futur (plan quand l'enfant sera grand) ?
- ◆ Impact sur la supervision, soins infirmiers, changements de routine, d'emploi de S, possibilité d'un repos, garde spécialisée ou temporaire, interférence dans la vie sociale, aide particulière autre que celle liée à la thérapie ou l'école, aide provenant des services sociaux/organismes bénévoles, équipements, transformation apportées à la maison, membre d'un groupe d'entraide.
- ◆ Réactions du conjoint, des autres enfants, de l'entourage, stigma.

***Depuis date, y a-t-il eu des troubles nerveux dans la famille de S ou parmi ses proches ? Est-ce que S en envisageait ? DATER***

***Quelqu'un a-t-il eu - ou devait-il - être référé à un psychiatre ou à un psychologue ? être traité en clinique externe, à l'hôpital ou encore dans un bureau de la protection de la jeunesse ? DATER***

***Et à propos de son conjoint/parents/frères ou sœurs de S ?***

- ◆ Type de problème, conséquences, stigma, antécédents, risque ? rôle de S dans le stigma, DATER.

***Est-ce que S ou l'un de ses proches a tenté ou qui risquait de se suicider ?***

- ◆ Comment, quand, conséquences, antécédents, risque, rôle de S ? DATER

***S a-t-il eu un accident de quelque nature que ce soit entre date et date ? Y a-t-il des raisons de croire que S aurait pu craindre qu'il y en ait ? Et par rapport aux proches de S ?***

- ◆ Sur la route ou dans la maison ? Comment, quoi, conséquences physiques, financières, etc. DATER

***Est-ce que S a été impliqué ou bien témoin, d'un accident de la route ou autre type d'accident ?***

- ◆ Jusqu'à quel point était-ce sérieux ? (dommages, blessés, assurances, cour justice)
- ◆ Comment est-ce arrivé ? Jusqu'à quel point s'était impliqué ? DATER

***Y a-t-il eu une grossesse dans la famille ou l'entourage de S, est-ce que S en prévoyait une ? DATER***

- ◆ Était-ce la première ? Était-elle planifiée ? Réactions du conjoint et de l'entourage ? Question d'avortement ? Impact sur les moyens financiers ou le plan de carrière ? Implication pour le logement ? Complications pour cette grossesse ou d'autres antérieures ? Admission à l'hôpital ? Questions sur les croyances religieuses ou morales ?

***Parmi les proches de S, y a-t-il eu une fausse couche ou un avortement ? Est-ce que S en prévoyait ?***

- ◆ Marié ou relation stable, âge...

***Y a-t-il quelqu'un dans la famille de S ou dans son réseau qui a donné naissance à un enfant ou qui allait le faire pour la période de date à date ?***

**DATER**

- ◆ Complications à la naissance ou après...
- ◆ Santé de l'enfant et de la mère, implications pour S, lien...
- ◆ Y a-t-il eu naissance de petits-enfants pour S ?

***Y a-t-il quelqu'un qui a perdu un bébé ou qui risquait de le perdre ?***

***Est-ce qu'une femme parmi les proches de S a tenté de devenir enceinte et a éprouvé des difficultés ?***

- ◆ Qui, proximité et implication de S ?

## **SECTION II – CHANGEMENT DE RÔLE OU DE RELATION**

\* Pour tout changement ayant trait aux relations interpersonnelles :

Temporaire. Depuis combien de temps ?

Combien de fois S voyait la personne avant que le changement ne se soit produit ?

Jusqu'à quel point S faisait des choses avec cette personne ?

Combien de fois S a vu cette personne après l'événement ?

Distance ? Contact téléphonique ?

Comment S et cette personne s'entendaient avant – et après l'événement ?

Préparation. Évidence de rejet/culpabilité ?

Augmentation de l'interaction ?

Comment S s'arrangeait – temps/tension ?

***Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est marié - ou qui projetait de le faire - au cours de la période du date au date ? DATER***

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implication d'un changement d'interaction pour S ?

***Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est fiancé - ou qui projetait de le faire - au cours de la dernière année ? DATER***

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implique un changement d'interaction pour S ?

***Y a-t-il quelqu'un proche de S qui a pris sa retraite ou qui prévoyait le faire ? DATER***

- ◆ Était-ce attendu ? Quels changements cela a produit ? \$, routine, dépendance sur S ?

***Est-ce quelqu'un de l'entourage de S a passé proche de vivre une séparation au cours de la dernière année de vie de S ?***

- ◆ Est-ce que S était impliqué, si oui en quoi ? Était-ce prévu ?

***Est-ce que S a vécu une séparation ou a songé à le faire ? DATER***

- ◆ Quelles étaient les circonstances : raisons, préparatifs, anticipation, qui a quitté, forcé de partir, quelqu'un d'autre d'impliqué, relation alternative d'un autre conjoint ?
- ◆ Côté financier/habitation, garde des enfants, leurs réactions...
- ◆ Séparation amicale/harcèlement/violence. Réactions de la famille.
- ◆ Avis légaux, quand, arrangements sur l'entretien de la propriété...
- ◆ À quelle fréquence S voyait son ex-conjoint ?

***Au cours de la période du date au date, est-ce que S ou un membre de son entourage est entré à l'école ou a songé à le faire (école : primaire – secondaire – collège – université) ?***

- ◆ Départ de la maison pour aller étudié, implications pour S, financièrement, temps disponible...

***Est-ce que S ou un membre de son entourage, a passé un examen important ou un concours de qualification ? Est-ce qu'une de ces personnes songeaient à le faire, au cours des 12 derniers mois de vie de S ?***

- ◆ Résultats, conséquences pour S ?

***Dans la dernière année, est-ce que S s'est fait de nouveaux amis d'un sexe ou l'autre ? Avait-il des raisons de s'attendre à en avoir de nouveaux dans la prochaine année ?***

◆ **Comment ? Quand ? Fréquence ? Confidences ?**

**Est-ce que S a perdu quelqu'un de proche ou bien a-t-il a vu beaucoup moins une personne en particulier ? Soit à cause d'un déménagement, d'un décès ou simplement parce que leurs routes ont divergées ? Est-ce que cela risquait d'arriver au cours de cette période ?**

- ◆ Établissez le pourquoi. Fréquence avant – après. Qualité du lien.
- ◆ Si c'est la perte d'un amoureux, demander ce qui est arrivé à la suite de l'événement ?
- ◆ Si pertinent – problème d'ordre sexuel, infidélité du conjoint, contraception...

**Y a-t-il eu de grands changements dans le temps que S passait ou envisageait passer avec ses amis ou sa parenté ?**

- ◆ Pourquoi ? Fréquence de... à... ? etc.

**Pour les célibataires, séparés ou veufs : Est-ce que S a déjà pensé à se fiancer ou à se marier ?**

- ◆ Cela fait combien de temps ? Est-ce que S avait des regrets ? Qu'est-il arrivé ?
- ◆ Pensez-vous que S aurait aimé se marier ?

**N'y a-t-il eu que S (et son conjoint) à la maison depuis date ? Y a-t-il eu quelqu'un qui est venu vivre avec S de quelque façon que ce soit ? Était-ce à prévoir ?**

- ◆ Pour combien de temps ?
- ◆ Tel que prévu ? Motif ? Lien ? Coût ? Intimité ? Repas ? DATER

**Y a-t-il quelqu'un qui est parti de la maison ou qui devait le faire ?**

- ◆ D'une façon permanente ? Pourquoi ? Conséquences pour S ? \$ ? DATER

**Y a-t-il quelqu'un que S a vu ou envisageait voir beaucoup moins ou beaucoup plus fréquemment ?**

- ◆ Pourquoi ? Liens ? Conséquences pour S ? DATER

**Est-ce que S a changé - ou prévoyait changer - la façon dont il passait ses loisirs ?**

- ◆ Croyez-vous que S avait l'impression de consacrer suffisamment de temps à ses loisirs ?
- ◆ Y a-t-il des choses que S aurait aimé faire, mais qu'il ne pouvait pas faire ? Pourquoi ? (ex : \$, gardienne, transport, etc.)
- ◆ Est-ce que S invitait des gens à la maison, de quelque façon que ce soit ?
- ◆ Est-ce que S a eu des problèmes quelconques avec des amis ? A-t-il été inquiet pour un ami ?

**Est-ce que S a eu des vacances depuis date ? Prévoyait-il en prendre au cours de la dernière année de sa vie ?**

- ◆ Où ? Organisé comment ? Avec qui ? Coûteux ? Plaisant ? Accident, vol, maladie ?
- ◆ Est-il arrivé quelque chose d'imprévu ou d'important durant l'absence ou au retour de S ?

### **SECTION III – DOMICILE**

***Est-ce que S a déménagé au cours de la période du ... au ... ? prévoyait-il le faire ?***

- ◆ Pourquoi ? Décidé comment ? Quand ? Difficultés ? Dépenses ? Conséquences ?
- ◆ Sentiment d'être coupé de quelque chose ? Gardiennes d'enfants ? etc.
- ◆ Nouveaux amis ? Impact au niveau de l'emploi ?
- ◆ Problèmes face à la maison/aux voisins ? etc.

***Depuis combien de temps S vivait à ce domicile ?***

- ◆ Est-ce qu'il appartenait à S en propre ?

***Est-ce que S aimait rester dans sa demeure ?***

***Pouvez-vous me dire si les choses suivantes ont causé un problème à S ?***

- ◆ Est-ce que S disposait d'un espace suffisant ? (nombre de pièces, excluant la salle de bain)
- ◆ S avait-il l'impression d'avoir suffisamment d'intimité (chambre à partager)
- ◆ Problème face à la réparation de la maison ? (toit, humidité, rats – difficultés à se faire payer/rembourser)
- ◆ S en a-t-il parlé avec son propriétaire/Régie des loyés ?
- ◆ S a-t-il eu des problèmes avec le propriétaire, en prévoyait-il ? (restrictions, voisinage, services disponibles, bruits, pollution, trafic, stationnement, trop isolé, danger, place pour les enfants – passé ou envisagé)

***Est-ce que S a eu - ou anticipait-il - des problèmes pour payer le loyer/hypothèque ?***

***Possédait-il une voiture - ou envisageait-il en acheter une ? Conduisait-il ?***

- ◆ Coût, trouble ? Travailler sans ?

### **SECTION IV – EMPLOI/ÉTUDE**

***Est-ce que S aimait son occupation (emploi/étude) ?***

- ◆ Difficulté ? Nombre d'heures ? Payé suffisamment ? Responsabilité ? Avancement possible ? Voyageement ? Entente ? Temporaire ou contractuel ?

***Y a-t-il quelque chose qui est arrivé à S au travail/étude ou qui risquait d'arriver ?***

- ◆ Décidé quand ? Par qui ? Implications pour S ? Faits. DATER

***S a-t-il été - ou envisageait-il être - sans emploi ou en dehors des études ?***

- ◆ Motif ? Décidé quand ? Par qui ? Implications pour S ? Faits. DATER

***S a-t-il eu - ou envisageait-il - avoir un nouvel emploi/cours – changer d'emploi/cours ou avoir une promotion ?***

- ◆ Décidé quand ? Par qui ? Responsabilité ? Faits. DATER

***S a-t-il eu des problèmes avec ses collègues de travail ?***

***A-t-il eu d'autres difficultés au travail/école ?***

- ◆ Est-ce que S a eu l'impression qu'on lui imposait des demandes trop fortes au travail/école ?
- ◆ Échéances à rencontrer; Insuffisance d'information/formation; mauvaises conditions environnementales; transfert d'un emploi à un autre pour un salarié temporaire; demandes contradictoires; etc.
- ◆ S s'attendait-il à des changements quelconques dans son travail/école ?
- ◆ Est-ce que S était membre d'un syndicat ?
- ◆ Pouvait-il se prévaloir de congé de maladie bien payés s'il était malade ?
- ◆ Comment se sentait S face à l'avenir, croyait-il qu'il allait rester à cet emploi/école ?
- ◆ Envisageait-il quitter son emploi/école pour une raison ou une autre ?
- ◆ Si pertinent, questionner à propos de la menace que représentait laisser son emploi/école ?

***Jusqu'à quel point était-ce important de bien réussir son emploi/cours ?***

***S a-t-il fait différents types de travail par le passé ?***

- ◆ S a-t-il jamais eu à démissionner/quitter un emploi ou à être mis à pied ?
- ◆ ... ne pas oublier que les étudiants possèdent parfois un emploi à temps partiel qui peut être source d'événements ou de difficultés tout comme leur contexte d'étude.

***Qui est le soutien financier de la maisonnée ?***

***Est-ce que ce principal soutien financier a travaillé tout le temps durant les derniers douze mois ?***

- ◆ Congé de maladie ? Grève ? Manque de travail ? Pourquoi ? Quand ? Préparation ?
- ◆ Possibilité d'un nouvel emploi ? Quel genre ?
- ◆ Impact sur la vie familiale et les finances – dernière année/potentiellement; DATER

***S a-t-il eu ou aurait-il eu la possibilité de recevoir une promotion quelconque à son travail ?***

- ◆ Impact sur S; \$; DATER

***S a-t-il eu des problèmes quelconques à l'emploi ? en prévoyait-il ?***

- ◆ Si perte d'emploi, lui aurait-il été facile de se trouver un nouvel emploi ?

***Un autre membre important de la famille de S a-t-il cessé de travailler d'une façon ou d'une autre pendant ce temps ? Était-ce prévu ?***

- ◆ Inscrire les périodes de quatre mois ou plus où cette personne n'a pas travaillé ?

## **SECTION V – ASPECT FINANCIER**

***Est-ce que S a eu des soucis financiers entre le date et le date ? S s'est-il vu dans l'obligation d'emprunter à quelqu'un ? Prévoyait-il avoir des difficultés financières ?***

- ◆ Détails sur les dettes ou les prêts, raisons, modalités ? exemple de l'ampleur de la difficulté. DATER

***Est-ce que quelqu'un a emprunté ou envisageait emprunter de l'argent à S ?***

***Est-ce que S a dû prêter ou envisageait-il devoir prêter quelque chose dont il avait besoin ?***

***Est-ce que S recevait des prestations d'aide sociale ou d'assurance emploi - ou prévoyait-il devoir le faire ?***

- ◆ S avait-il des problèmes quelconques avec des bénéfices sociaux ?

***Est-ce que S a laissé des comptes impayés (arrérage) ? DATER***

- ◆ Loyer; gaz; électricité; téléphone;
- ◆ Y a-t-il eu des services coupés ? Lettres menaçant de le faire ou menace de poursuite judiciaire ?

***S a-t-il eu des difficultés à obtenir du crédit ? Envisageait-il devoir faire une demande ?***

- ◆ Des choses reprises par les compagnies de reprises de finance ? DATER
- ◆ Des problèmes avec l'impôt ?

## **SECTION VI – ASPECT CONJUGAL**

***Est-ce que S et sa conjointe ont vécu ensemble à la maison pendant les douze derniers mois ? Anticipaient-ils le faire pour les douze prochains mois ?***

- ◆ Aucune séparation, même temporaire ? (ex : pour le travail) Quand ? Pourquoi ? DATER

***Jusqu'à quel point diriez-vous que S et sa conjointe s'entendait bien en général ?***

- ◆ Diriez-vous qu'il y avait certains problèmes dans la relation ? Lesquels ? En prévoyaient-ils ?

***Est-il arrivé quelque chose qui a fait que S et sa conjointe ne voyaient plus la relation de la même façon ? Y a-t-il des raisons de croire qu'ils ne verraient plus la relation de la même façon ?***

- ◆ Y a-t-il eu des disputes importantes au cours de la dernière année ?
- ◆ Sujet habituel ? (mariage, finances, etc.) Fréquence ?
- ◆ Qu'arrivait-il durant les disputes ? cris, objets lancés, violence verbale ou physique...
- ◆ Est-ce que l'un frappait l'autre ? blessures, fréquence, DATER
- ◆ S voyait-il arriver les sujets de dispute au cours de la dernière année ?

***Avez-vous l'impression que S pouvait parler à sa conjointe facilement ?***

- ◆ Parlaient-ils de chose qui les inquiétaient ?
- ◆ S souhaitait-il pouvoir se confier plus ?
- ◆ Lorsque sa conjointe avait des inquiétudes en parlait-elle avec S ?

***Est-ce que la conjointe de S est affectueuse ? Démonstrative ?***

***Aimaient-ils faire les mêmes choses lorsqu'ils se retrouvaient ensemble ?***

***Est-ce que les parents de sa conjointe s'entendent bien avec S ?***

- ◆ Et sa famille, est-ce que S s'entendait bien avec elle ?
- ◆ Comment S envisageait la relation dans le futur ?
- ◆ Questionnez sur une tension quelconque. Étayez de faits et d'exemples.

***À propos de l'aspect sexuel, y a-t-il eu des problèmes ou des difficultés de ce côté là ? S en prévoyait-il ?***

***Est-ce que ça arrivait à S de refuser de faire l'amour ?***

- ◆ Est-ce que cela a créé des problèmes ? S s'est-il déjà senti obligé à faire l'amour ?

***Il arrive que dans certains couples l'un des partenaires s'implique avec quelqu'un d'autre, était-ce le cas pour l'un ou l'autre ? S avait-il des raisons de croire que cela arrive dans l'année à venir ?***

- ◆ Comment S l'a su ? Quand ? Première fois ? Longtemps ? Su ? Danger ?

**Si S était divorcé ou remarié : Est-ce que S a eu des contacts avec son ex-conjointe ? En anticipait-il ?**

- ◆ S a-t-il eu des difficultés avec son ex-conjointe ? problèmes légaux ou autres; enfant, etc.

**Si S vivait seul : Est-ce que S avait une amie de cœur ou des relations sexuelles depuis date ?**

- ◆ Des problèmes, ex : fidélité, sexe, instabilité de l'un des partenaires; solitude, difficultés financières ?

## **SECTION VII – INTERACTION AVEC LES PARENTS ET LES AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE**

Si parents vivants : **Comment S s'entendait-il avec ses parents ?**

Concernant mère, père, frères, sœurs de S : **Y a-t-il eu des changements dans la façon dont S s'entendait avec eux ? Comment les voyait-il ou comment se sentait-il face à eux au cours de la dernière année ?**

- ◆ Quelle différence ? Qui ? DATER

**Diriez-vous qu'il existait des tensions ou difficultés entre eux ?**

- ◆ S'évitaient-ils ?

**S avait-il l'impression qu'il pouvait se confier ?**

**S avait-il l'impression qu'il était obligé de dire ce qu'il faisait - ou ce qui lui arrivait - ou qu'ils avaient trop leurs mots à dire dans ce qui lui arrivait ?**

- ◆ Questionnez au niveau de l'interférence.

**Y avait-il beaucoup de pressions familiales ?**

- ◆ Beaucoup de comparaisons avec ses frères/sœurs/cousins ? à d'autres personnes de son âge ?

**Jusqu'à quel point diriez-vous que les membres de sa famille s'entendaient bien ensemble ?**

- ◆ Diriez-vous qu'il y avait certains problèmes entre eux ?
- ◆ Des querelles de quelque nature que ce soit ou des périodes où ils ne se parlaient pas ?
- ◆ Est-ce que S en prévoyait ?
- ◆ Est-ce que les membres de la famille de S l'ont inquiété d'une manière ou d'une autre ?

- ◆ Risquaient-ils de le faire ?

### **SECTION VIII – ENFANTS (si pertinent)**

Si S vivait avec ses enfants :

**Comment diriez-vous que S s'entendait en général avec ses enfants ?**

- ◆ Avaient-ils parfois des disputes, S en prévoyait-il ? Sont plutôt faciles ?
- ◆ Comment étaient les enfants à l'école ?
- ◆ Inquiétudes à propos des amis, des activités ? des soucis face à la cigarette; la drogue; vol; sexualité; ou autre chose ?
- ◆ Découverte surprenante ou choquante sur eux– anticipée ou non ?

### **SECTION IX – CRISES**

**Est-il survenu quelque chose à la maison ? vols; feu; attaque dans la rue; avances sexuelles contre le gré de S, du date au date ?**

**Depuis le date, S a-t-il connu une autre forme d'urgence ou de crise impliquant l'un de ses proches ?**

- ◆ Nature du délit; première fois ? Peur de conséquences ou de représailles, blessures, police ?
- ◆ Première fois en cour, autres condamnations; verdict; implications financières ?
- ◆ Qu'est-ce que les autres personnes ont dit ? Qu'ont-ils dit au travail ?
- ◆ Impact sur la conduite automobile (si perte de permis) ?
- ◆ Si un vol ou perte ou dommages à la propriété : Comment ? Faute de S ?
- ◆ Vu le voleur ? Combien ont-ils pris ? Problèmes avec l'assurance ? Objets irremplaçables ? Dommages ?

**S avait-il raison de croire que cela risquait d'arriver à nouveau ?**

**S a-t-il eu - ou aurait-il eu - à annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un ?**

- ◆ Quoi ? À qui ?

**Y a-t-il eu des problèmes légaux ? S a-t-il eu à comparaître en cour - ou aurait-il eu à le faire ?**

- ◆ Contact avec un avocat, police ? À quel sujet ? Qu'est-il arrivé ?

**Est-ce que S ou l'un de ses proches, a été impliqué avec la police, la cour ou la prison d'une façon ou d'une autre ?**

- ◆ Est-ce que S le prévoyait ? À quel sujet ? Qu'est-il arrivé ?

***Est-ce que S ou quelqu'un d'autre dans la famille a eu un contact avec un travailleur social, un CLSC, un agent de l'aide sociale, un conseiller marital, un agent de probation ?***

***Est-ce que l'un des membres de l'entourage de S a vécu une crise ou des difficultés nécessitant une aide de S ? DATER***

- ◆ Ex : Quelqu'un qui ait eu à aller rester avec un parent malade.
- ◆ Autres problèmes ou difficultés vécues ou anticipées dont vous n'auriez pas encore parlé ?

***S a-t-il perdu un animal domestique, l'anticipait-il ?***

- ◆ Comment ? Depuis combien de temps avait-il cet animal ? Acquirit un autre ? DATER

Si non québécois :

***S a-t-il éprouvé des problèmes liés au fait de vivre dans ce pays plutôt que chez lui ?***

- ◆ Prévoyait-il des problèmes ? Visa d'immigration, naturalisation, changement de nom...

***Parfois les gens apprennent des choses inattendues sur d'autres personnes qui leur sont proches, telles que découvrir qu'un ami vole ou prend de la drogue ou que leur conjointe a une aventure. Est-ce que S a appris quelque chose qui aurait pu changer sa perception envers cette personne ? S l'anticipait-il ?***

- ◆ S a-t-il reçu ou attendait-il des nouvelles troublantes ?

## **SECTION X – ANTICIPATION**

***Est-ce que S - ou l'un des membres de son entourage - a reçu des nouvelles inattendues de quelque chose qui est arrivé ou devait arrivé ? Par exemple, recevoir une lettre annonçant de quitter le logement ou la maison, une mise à pied ou quelque chose de cet ordre ?***

Accorder du temps pour penser...

## **SECTION X – GÉNÉRAL**

**Je vous ai posé de nombreuses questions portant sur les changements qui se sont produits pour S depuis date, y a-t-il d'autres changements importants que S aurait pu vivre - ou que S s'attendait à vivre et que vous n'auriez pas mentionné ?**

**Est-il arrivé quelque chose à S qui aurait pu le décevoir durant cette période et dont vous n'auriez pas parlé ?**

**Est-ce que S a dû prendre d'importantes décisions au cours de cette période – en aurait-il eu à prendre ?**

**Vous avez compris que nous sommes intéressés à connaître tout ce qui aurait pu déranger S, tout ce qui est arrivé d'important, d'excitant ou de désagréable. Y a-t-il quelque chose de particulier qui a fait plaisir à S, s'attendait-il à quelque chose en ce sens ?**

- ◆ Une visite d'un parent, rencontre avec quelqu'un, une vacance, un cadeau, une auto, etc.

**Y a-t-il quelque chose qui se serait avéré meilleur que S ne l'anticipait ?**

- ◆ Réussite financière, relation qui s'est améliorée d'une façon quelconque, etc.

**Maintenant je vais vous poser une question bizarre, mais nous la posons à tout le monde : Y a-t-il quelque chose chez S lui-même dont il aurait pu y accorder une attention particulière ?**

- ◆ Son apparence, sa façon de faire les choses, quelque chose comme ça...

## **FIN DE LA GRILLE D'ENTREVUE**

*Lorsque vous remerciez la personne répondante pour avoir participé à l'étude, demandez la permission de recommuniquer avec elle, si nécessaire, afin de vérifier certaines informations plus en détail.*

## LEDS – LISTE DE CONTRÔLE

---

**Numéro** : sujet et conjoint

**Sociodémographie** : âge, sexe, scolarité, travail (type, heures, stabilité, charge) statut civil, vit où, avec qui.

**Réseau** : conjoint, enfants, parents, frères, sœurs, belle-famille, ami-es proche-s, confident-es (fréquence, contenu)

**Événements** : Pour (S, conjoint, enfants, parents, frères, sœurs, Proche) et (Passé et ce que S envisageait à court terme), (date si prévue, implication directe de S, contexte et circonstances, soutien et réactions des autres, complications, conséquences, \$, durée)

*(en vue de coter : Menace court terme, long terme, actuelle; Perte; Danger; Défi; Positif; Atteinte ou frustration de but; Soulagement; Ancrage; Redépart; Inconnu; Probabilité contextuelle)*

Section I – **Santé** : hospitalisation, opérations, maladies, accidents, décès.

Section II, IV – **Travail** : début, arrêt, changement, promotion, grève, entrevues, retraite.

Section II, IV – **Études** : retour, tests, examens, perfectionnement, échec, diplôme.

Section II, VI – **Mariage** : fiançailles, emménagement, chum, séparation, divorce, aventures.

Section II – **Naissance**, grossesse, avortement, fausse-couche.

Section III – **Déménagement**, achat-vente de maison, partage du logement.

Section II, VII – **Relations** : gain ou perte d'amis.

Section IX – **Crises** : accidents, assauts, vols, violence.

Section IX – **Légal** : police, avocat-e, juge, témoin, accusé.

Section X, XII – **Autres** : grosses nouvelles, révélation, décisions, déception, succès, surprise, crises, loterie, vacances, loisirs.

**Difficultés chroniques** (prévoir une grille subjective pour chaque item ci-dessous)

- 1) **Travail** : nombre d'heures, temps supplémentaires, permanence, quarts, risque, atmosphère, ambition.
- 2) **Logement** : propriétaire/locataire, coût, voisin, troubles.
- 3) **Santé** : S, conjoint, enfant, parents, proches.
- 4) **Finances** : dettes, budget.
- 5) **Conjugales** : temps ensemble, activités, entente, sexualité, soutien émotionnel, aide, communication.

## APPENDICE H

### SPÉCIFICATIONS POUR L'ÉVOLUTION

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association – DSM-IV, 1994)

---

Les spécifications de rémission suivantes ne peuvent s'appliquer que si aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant au moins un mois. Ces spécifications ne s'appliquent pas si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé.

#### **Rémission précoce complète**

Cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent.

#### **Rémission précoce partielle**

Cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, au moins un critère de Dépendance ou d'Abus a été présent (sans que les critères complets de la Dépendance aient été présents).

#### **Rémission prolongée complète**

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent.

#### **Rémission prolongée partielle**

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, les critères complets de Dépendance n'ont été présents; toutefois, au moins un critère de Dépendance ou d'Abus a été présent.

Les spécifications suivantes s'appliquent si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé :

**Sous traitement agoniste**

Cette spécification est utilisée si le sujet reçoit une médication agoniste sur prescription, et qu'aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pour cette classe de médication pendant au moins le dernier mois (sauf une tolérance ou un sevrage à l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités pour une Dépendance à l'aide d'un agoniste partiel ou d'un agoniste/antagoniste.

**En environnement protégé**

Cette spécification est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool et aux substances réglementées est limité et si aucun critère de Dépendance ou d'Abus n'a été présent pendant au moins le dernier mois. Ces exemples d'environnement sont les prisons avec surveillance intensive, et interdiction des « substances », les communautés thérapeutiques ou les unités fermées dans les hôpitaux.

## APPENDICE I

### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES 9 CAS AVEC DIAGNOSTIC À VIE EN FONCTION DES INDICATEURS LIÉS À DES CRITÈRES DIAGNOSTICS DE DÉPENDANCE OU D'ABUS

---

#### Cas #1

Ce cas obtient un diagnostic de dépendance aux drogues et dépendance à l'alcool à vie.

Concernant l'alcool, S buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison d'une fois par semaine. La quantité rapportée par le répondant est de plus de neuf verres à chaque fois qu'il consommait, ce qui fait en sorte que le répondant a vu S en condition d'ébriété entre quatre et neuf fois lors des six derniers mois. De plus, il répond aux critères suivants; a déjà remarqué que lors que S commençait à boire, il buvait toujours plus qu'il ne l'aurait voulu, il passait plus de temps à boire qu'il ne l'aurait voulu, il continuait à consommer de l'alcool malgré le fait qu'il savait très bien que sa consommation pouvait lui causer des problèmes de santé physique ou de santé mentale, est allée à des activités importantes pour lui alors qu'il était ivre ou en état d'ébriété.

Toujours lors des six derniers mois précédent le décès, cette fois concernant la consommation de drogues, les éléments d'intérêts suivants ressortent : S consommait de la drogue au cours des six derniers mois, soit spécifiquement de la cocaïne. Alors que le répondant est certain, sans équivoque, de cette information, il n'est pas en mesure de fournir des détails quant aux habitudes de consommation, ni de la fréquence, de la quantité ou des difficultés, le cas échéant, lié à la consommation. Concernant la consommation de cocaïne, la période la pire coïncide avec la même que pour l'alcool, où il consommait du cannabis tous les jours. Il « sniffait » de la cocaïne régulièrement.

Extrait de la vignette clinique :

Les habitudes de consommation d'alcool de S auraient toujours été problématiques. Il a commencé à boire à l'âge de 15 ans, et ce, jusqu'à sa mort. Au cours des six derniers mois, il avait « réduit » sa consommation d'alcool en raison de sa médication, mais

certaines problèmes persistaient. Il lui arrivait encore de boire plus qu'il ne l'aurait voulu et buvait même s'il était très conscient que l'alcool le rendait dépressif. À quelques occasions, il évitait les rencontres familiales lorsqu'il avait bu. Il a été vu en condition d'ébriété. Au cours des six derniers mois, S consommait que de la marijuana et du haschich de façon occasionnel. Il lui est arrivé d'en prendre lorsqu'il était à des rencontres de famille, met même lorsqu'il avait des responsabilités (garder ses neveux).

#### Cas # 2

Cet homme a un diagnostic de dépendance à l'héroïne ainsi qu'à la cocaïne à vie en plus d'un diagnostic de dépendance à l'alcool à vie. Le répondant peut affirmer que S avait de tels diagnostics, mais n'est pas en mesure d'élaborer sur ses habitudes de consommation.

Concernant ses diagnostics, il répondant aux critères suivants : consommait plus que voulu, tente d'arrêter plusieurs fois, beaucoup de temps à consommer, fortement réduit ses activités importantes, continuait à consommer malgré difficultés importantes, tolérance, sevrage.

Extrait de la vignette clinique :

À vie : Substances = cannabis, amphétamines, barbituriques, cocaïne, héroïne hallucinogène, a consommé plus de 20 fois, consommait de puis plus de 20 ans. Réponds à certains critères diagnostics. Le sujet avait consulté un psychologue dans une clinique externe durant l'année précédant son décès pour des problèmes de drogues. Il aurait consommé des analgésiques et des somnifères durant la dernière année. Ne peut préciser le moment où cela aurait cessé, et ne sait pas s'il a consommé au cours des six derniers mois

### Cas # 3 (10-033)

Les deux répondants nous indiquent que cet homme buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison de cinq à sept fois par semaine, où, à chaque fois qu'il consommait, il prenait une quantité de plus de 9 verres. Le répondant n'est pas capable d'énumérer le nombre de fois qu'il l'a vu en état d'ébriété. Il ajoute, au point de vue symptomatologique qu'il passait plus de temps à boire qu'il ne l'aurait voulu et que la consommation lui avait causé de problèmes physiques ainsi qu'au point de vue de sa santé mentale. Ses diagnostics sont l'abus d'alcool à vie, ainsi qu'un diagnostic d'intoxication à vie.

Extrait de la vignette clinique :

Il a pris de l'alcool toute sa vie, de 5 à 7 jours par semaine. Durant la semaine, il consommait 2-3 bières par jours alors que durant les fins de semaine, il commençait à boire le matin et terminait le soir. Il passait la plus grande partie de son temps à boire. Il a toujours passé plus de temps à boire qu'il ne l'aurait voulu et il aurait souvent souhaité diminuer sa consommation. Il aurait tenté de le faire à quelques reprises, mais sans succès. Il a conduit fréquemment en état d'ébriété. Lorsqu'il buvait, il devenait plus irritable et déprimé, malgré cela, il continuait à boire... La seule chose qui différait dans les six derniers mois c'est qu'il ne souhaitait même plus arrêter de boire. (Il voulait donc continuer)

### CAS # 4

Cet homme a un diagnostic d'intoxication et d'abus d'alcool à vie. Le répondant confirme que S buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison de plus d'une environ une fois aux deux semaines. Lorsqu'il buvait, il consommait environ 9 verres. Le répondant présume qu'il était en condition d'ébriété à quelques reprises (au moins une fois) lors des six derniers mois avant le décès. De plus, la consommation lui causait des problèmes, et il continuait à consommer de l'alcool malgré le fait qu'il savait très bien que sa consommation pouvait lui causer des problèmes de santé physique et mentale.

Lors des six derniers mois précédant le décès, il y a eu une dispute importante entre S et sa conjointe. Alors qu'il se disputait souvent, lors de ce conflit, que **S avait bu**, et avait menacé de tuer sa conjointe, de se tuer et de mettre le feu à la maison. S voulait qu'ils vivent ensemble, mais elle refusait, car elle le considérait trop menteur et **parce qu'il consommait de l'alcool**. Au cours de la dernière année, S avait contracté plusieurs dettes importantes et malgré celles-ci, il ne s'empêchait pas de sortir, d'aller au resto, de **consommer alcool** et de faire des cadeaux.

Extrait de la vignette clinique

Monsieur X n'a jamais consommé de drogues, mais il lui arrivait de prendre de l'alcool. Au cours des **six derniers mois de sa vie, il buvait environ une fois par mois, mais lorsqu'il se mettait à boire, il pouvait consommer entre six et douze bières sans arrêter**. Ses habitudes de consommation n'ont pas fait l'objet de disputes.

#### Cas # 5

Le répondant ne connaît pas beaucoup l'histoire de consommation du sujet... Le diagnostic officiel est obtenu par le biais des dossiers médicaux, à savoir « dépendance à l'alcool » à vie. S était hospitalisé en psychiatrie (ce qui rend quelque peu difficile la consommation quotidienne – *en environnement protégé*).

De plus, il est confirmé que S avait eu congé de l'hôpital pour une sortie spéciale et il a consommé une bouteille de vin à lui seule le jour de son suicide.

Extrait de la vignette clinique :

Le répondant mentionne que S lui a rapporté avoir eu des problèmes d'alcool alors qu'il occupait ses fonctions (au travail). Il aurait suivi une cure de désintoxication à cet effet. Le résumé du dossier médical mentionne un « problème d'alcoolisme » antérieur. Il est également inscrit que le patient ne consomme ni drogue, ni alcool, et ce, en date du 23/07/xx, soit 20 jours avant son **décès par suicide, moment où il a consommé une bouteille de vin à lui seul**.

#### Cas # 6

Les données nous confirment que S buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison d'une fois par semaine pour une quantité d'environ six verres. Le répondant a également vu S ivre au cours des six derniers mois entre quatre et six fois. De plus, le répondant a remarqué que lorsque S commençait à boire, il buvait toujours plus qu'il ne l'aurait voulu.

Il a d'ailleurs un diagnostic d'intoxication à l'alcool au cours des six derniers mois. Il a été vu ivre la fin de semaine avant son décès et a été vu ivre cinq à sept fois au cours des six derniers mois. Ses diagnostics à vie sont l'intoxication alcoolique ainsi que l'abus d'alcool.

Extrait de la vignette clinique :

Il consommait seulement de l'alcool, et ce, depuis l'âge de 15 ans (donc depuis 5 ans). Lors des **six derniers mois, il buvait au moins une fois la fin de semaine et environ une caisse de 6 bières. On l'a vu ivre la fin de semaine avant son décès et au moins 5-7 fois durant les six mois précédant le décès.** Pendant ces six mois on n'a pas d'information qui nous indique que sa consommation lui a causé des problèmes (alors qu'il en avait eu avant cette période, à savoir des problèmes avec sa famille, et avec la justice – bagarres).

#### CAS # 7

Les données confirment que cet homme buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison de deux à quatre jours par semaine, la quantité étant de plus de neuf verres. Le répondant a vu S ivre au cours des six derniers mois entre quatre et six fois. De plus, S avait indiqué au cours de cette période qu'il souhaitait diminuer, voir arrêter de boire. Son diagnostic est l'abus d'alcool à vie ainsi qu'intoxication d'alcool à vie.

Extrait de la vignette clinique :

En ce qui a trait à la **consommation d'alcool au cours des six derniers mois** et dans toute sa vie, on souligne que monsieur X avait l'habitude de boire **environ 2 à 4 fois par semaine, l'équivalent de 12 bières.** On mentionne qu'il s'est **enivré environ 4 à 6 fois dans les derniers 6 mois** comparativement à plus de 10 fois dans sa vie. Au cours de sa vie et lors des

**six derniers mois Monsieur X a mentionné vouloir diminuer sa consommation d'alcool.**

Au cours de sa vie, il a été arrêté à deux reprises pour conduite en état d'ébriété.

Alors qu'il est connu que monsieur X a consommé du cannabis au cours de sa vie, les répondants ne peuvent se positionner quant à la fréquence au cours des six derniers mois. Il avait tendance à consommer plus d'alcool que de drogues.

**CAS # 8**

Les données disponibles confirment que cet homme buvait lors des six derniers mois, et ce, à raison de deux à quatre fois par semaine. La quantité était de plus de neuf verres et le répondant aurait vu le sujet ivre au cours des six derniers mois, et ce, à plus de dix reprises. De plus, S aurait dit récemment qu'il éprouvait le besoin de boire plus afin d'obtenir le même effet ou qu'il ne pouvait plus s'enivrer avec la quantité d'alcool qu'il consommait habituellement?

S obtient un diagnostic officiel **d'intoxication à l'alcool au cours des six derniers mois**, étant ivre à plusieurs reprises au cours de cette période. Ses diagnostics à vie sont intoxication alcoolique, abus d'alcool (avec problèmes familiaux et avec la justice)

Extraits de la vignette clinique :

**Au cours des six derniers mois de sa vie, monsieur X consommait deux jours par semaine plus de neuf bières.** On mentionne qu'il aurait été en **état d'ébriété à quelques reprises au cours de cette période.** On rapporte **qu'il devait augmenter la quantité d'alcool pour arriver à être ivre.** Monsieur X était fier de dire à ses amis qu'il était capable d'absorber une grande quantité d'alcool. Au cours de la vie, soit un an avant le décès, il a perdu son permis en raison de conduite en état d'ébriété.

**CAS # 9**

L'information clinique démontre que le répondant n'a pas beaucoup d'information sur les habitudes de consommation du sujet. Celui-ci a un diagnostic à vie d'abus d'alcool.

Cependant, il consomme de la « coke », les détails ne sont pas connus. Cela ressortira avec les résultats de l'autopsie.

Extrait de la vignette clinique :

La consommation de S lors des six derniers mois est inconnue de la répondante. Elle ajoutera, quant à la consommation de cocaïne, il semble difficile d'en connaître exactement ses habitudes car elle ne savait même pas qu'il consommait avant son décès. « **Si l'autopsie n'avait pas fait ressortir la présence de cocaïne, je ne l'aurais certainement pas douté et ne l'aurait pas cru** », mais là avec l'autopsie,...

APPENDICE J

DESCRIPTION DU NOMBRE DE CAS AVEC DIAGNOSTIC LIÉ À L'ALCOOL ET  
AUX DROGUES

(n = 17)

Cas	Dépendance Alcool	Abus Alcool	Dépendance Drogues	Abus Drogues
1	Six derniers mois + vie			Vie
2	Vie	Six derniers mois	Six derniers mois + vie	
3	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
4	Vie		Vie	
5	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
6	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
7	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
8		Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie
9		Six derniers mois	Six derniers mois + vie	
10	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
11		Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie
12	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
13		Six derniers mois + vie	Six derniers mois	Vie
14	Six derniers mois + vie		Six derniers mois + vie	
15	Six dern mois	Vie		Vie
16		Vie		Six derniers mois + vie
17		Six dern mois		Six derniers mois + vie

APPENDICE K

DESCRIPTION DE LA NATURE DE LA SUBSTANCE POUR LE GROUPE AYANT UN  
DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE D'ALCOOL ET DE  
DROGUES

(n = 17)

Cas	Étendu du diagnostic de Dépendance à la drogue	Nature de la substance	Étendu du diagnostic d'Abus de drogues	Nature de la substance
1		Cocaïne	Vie	Amphétamines
2	Six derniers mois + vie	Multidrogues (3 substances)		
3	Six derniers mois + vie			
4	Vie	Multidrogues (5 substances) Cocaïne et Cannabis		
5	Six derniers mois + vie	Multidrogues (3 substances)		
6	Six derniers mois + vie	Multidrogues (3 substances)		
7	Six derniers mois + vie			
8		Multidrogues (5 substances) Cannabis	Six derniers mois + vie	Cocaïne
9	Six derniers mois + vie			
10	Six derniers mois + vie			
11		Multidrogues (4 substances)	Six derniers mois + vie	Cocaïne et Cannabis
12	Six derniers mois + vie			
13	Six derniers mois	Cocaïne	Vie	Cocaïne
14	Six derniers mois + vie	Cocaïne et Cannabis		
15			Vie	Cannabis
16			Six derniers mois + vie	Cocaïne
17			Six derniers mois + vie	Cannabis

APPENDICE L

DESCRIPTION DE LA NATURE DE LA SUBSTANCE POUR LE GROUPE AYANT UN  
DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE DROGUES

(n = 9)

Cas	Étendu du diagnostic de <i>Dépendance à la drogue</i>	Nature de la substance	Étendu du diagnostic d' <i>Abus de drogues</i>	Nature de la substance
1	Vie	Cocaïne et Héroïne		
2	Six derniers mois + vie	Cannabis		
3	Six derniers mois + vie	Cannabis		
4			Six derniers mois + vie	Cocaïne, Cannabis et Hallucinogènes
5	Six derniers mois	Cocaïne		
6	Six derniers mois + vie	Multidrogues (5 substances)		
7	Six derniers mois + vie	Cocaïne		
8	Six derniers mois + vie	Cocaïne		
9			Six derniers mois + vie	Cannabis et Hallucinogènes

APPENDICE M

DESCRIPTION DE LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DES PARENTS DES  
CAS AYANT UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE  
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FONCTION DE LA NATURE DE LA  
SUBSTANCE

(*n* = 17)

	Alcool et Drogues		Alcool		Drogues		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Mère alcool	1	6	0	0	0	0	1	6
Mère drogue	1	6	0	0	0	0	1	6
Père alcool	7	41	5	29	3	18	15	88
Total	9	53	5	29	3	18	17	100

## APPENDICE N

### DESCRIPTION DES VARIABLES CECA SANS DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES

---

Bien qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes à l'étude, il importe de décrire les données suivantes. Au sein du groupe SPA, 57 % ( $n = 22/38$ ) des cas ont vécu du rejet/abandon, comparativement à 35 % ( $n = 7/20$ ) chez les non SPA. Des taux importants de manque de chaleur affective sont également identifiés, à raison de 63 % ( $n = 24/38$ ) chez le groupe SPA et de 45 % ( $n = 9/20$ ) chez le groupe sans diagnostic SPA, et ce, pour les deux parents. Enfin, plus de la moitié du groupe SPA (53 %,  $n = 21/39$ ) a subi de l'abus psychologique.

Chez les hommes avec SPA, il y a favoritisme dans 43 % ( $n = 17/39$ ) des cas, alors que ce taux est de 55 % ( $n = 11/20$ ) chez les cas sans SPA. Parmi ces derniers, nous savons que, sur les dix-sept cas ayant été favorisés, seuls six cas étaient l'objet de la faveur alors que les onze autres cas concernaient la fratrie. Ainsi, en ce qui a trait au groupe sans SPA, à savoir onze cas ont été favorisés. Parmi ces derniers, nous retrouvons seulement trois cas où le sujet était favorisé alors que huit cas impliquaient du favoritisme concernant la fratrie.

Chez le groupe SPA, il y a des circonstances où il y a bouc émissaire dans 18 % des cas ( $n = 7/38$ ), alors que ce taux est de 15 % ( $n = 3/20$ ) chez les cas sans diagnostic SPA. Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes.

Nous retrouvons, au sein du groupe avec diagnostic SPA, la présence de secret dans quatorze cas, soit un taux de 35 % ( $n = 14/40$ ), alors que le taux est de 40 % ( $n = 8/20$ ) pour le groupe sans diagnostic. Il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes concernant la présence de secret ( $\chi^2(1) = 0,06$ , n.s.).

Dans le groupe ayant un diagnostic SPA, plus de 57 % ( $n = 23/40$ ) des cas ont connu des milieux familiaux où il y avait des tensions et discordes qualifiables de sévères. Nous retrouvons également à 40 % ( $n = 8/20$ ) la même réalité concernant le groupe n'ayant pas de diagnostic. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2(1) = 1,91$ , n.s.). De façon générale, les tensions et discordes impliquaient les parents seuls ou les parents avec les enfants.

Au sein du groupe ayant un diagnostic SPA, quatre cas ont subi de l'abus physique de la part de la mère et quatre cas ont subi de l'abus physique de la part du père. Toutefois, nous notons seulement deux cas qui ont subi de l'abus physique modérément sévère de la part de la mère. Concernant le père, nous retrouvons un cas ayant subi de l'abus physique qualifiable de sévère et un cas ayant subi de l'abus physique modérément sévère. Nous savons également que parmi les cas cotés sévères ou modérément sévères, deux subissaient régulièrement/souvent l'abus physique alors que pour les deux autres cas, c'était plutôt de façon isolée, rare. Enfin, nous savons qu'aucun des cas n'a connu des éléments de protection.

Au sein du groupe n'ayant pas de diagnostic SPA, un cas a été victime d'abus physique de la part de la mère alors que deux cas ont subi de l'abus physique de la part de leur père. Nous notons toutefois qu'un seul cas a subi de l'abus physique qualifiable de modérément sévère, et ce, de la part de la mère, avec une fréquence qui se voulait régulièrement/souvent. Ce cas n'a bénéficié d'aucun facteur de protection. Il n'y a pas de différence significative entre la prévalence d'abus physique entre les deux groupes

En ce qui concerne l'abus sexuel, 12 % ( $n = 7/60$ ), soit sept cas parmi tous les cas, ont été victime d'abus sexuel. La description de cette variable se fait en terme de la nature de l'abus sexuel (toucher inappropriés, viol, etc.) et non en termes de description de cas. De cette façon, le nombre de situations d'abus sexuel va surpasser le nombre de cas qui ont été abusé. Au sein du groupe ayant un diagnostic SPA nous retrouvons six ( $n = 6$ ) cas où ils ont été victime de toucher inappropriés de la part des deux parents, et ce, régulièrement, un cas où c'est la mère qui est en cause dans des circonstances de relation sexuelle complète avec son fils à une occasion, et trois cas où ces derniers ont été victime de toucher inappropriés de la part d'un membre de la parenté. Dans aucun cas il n'y a présence de protection. Dans le groupe sans diagnostic SPA, nous retrouvons deux ( $n = 2$ ) cas où c'est la fratrie qui est en cause, et ce, à propos de toucher inappropriés. Il n'y a eu aucune protection dans les deux cas.

APPENDICE O

DESCRIPTION DES VARIABLES DU CECA POUR LE GROUPE AVEC DIAGNOSTIC SPA ET POUR LE GROUPE SANS DIAGNOSTIC SPA EN FONCTION DES DEUX PARENTS.

	MÈRE				$\chi^2$	df	PÈRE				$\chi^2$	df
	Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)				Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Rejet/abandon												
Sévère ou modéré	13	32	7	35	0,00	1	19	48	7	35	1,01	1
Quelque peu ou pas	25	63	13	65			20	51	13	65		
Non disponible	2	5	0	0			0	0	0	0		
Indifférence/négligence												
Sévère ou modéré	21	53	8	40	1,22	1	23	58	8	40	2,22	1
Quelque peu	17	42	12	60			15	38	12	60		
Non disponible	2	5	0	0			2	5	0	0		
Discipline												
Modérée	15	37	13	65	3,73	1	8	20	10	50	5,13*	1
Sévère ou relâché-inconstante	24	60	7	35			30	75	10	50		
Non disponible	1	3	0	0			2	5	0	0		

Appendice O (suite)

	MÈRE				$\chi^2$	<i>df</i>	PÈRE				$\chi^2$	<i>df</i>
	Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)				Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Supervision												
Modérée	17	43	13	65	2,42	1	11	28	11	55	3,78	1
Sévère ou relâché-inconstante	22	55	7	35			27	67	9	45		
Non disponible	2	3	0	0			2	5	0	0		
Chaleur affective												
Manque sévère ou modéré	16	40	9	45	0,04	1	24	61	12	60	0,06	1
Quelque peu ou pas	22	54	11	45			14	36	8	40		
Non disponible	2	5	0	0			2	5	0	0		
Antipathie												
Sévère ou modéré	4	10	5	25	<i>n.s.</i> †		16	41	5	25	<i>n.s.</i> †	
Quelque peu ou pas	35	88	15	75			22	55	15	75		
Non disponible	1	3	0	0			1	3	0	0		

Appendice O (suite)

	MÈRE				$\chi^2$	<i>df</i>	PÈRE				$\chi^2$	<i>df</i>
	Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)				Groupe avec diagnostic SPA (n = 39)		Groupe sans diagnostic SPA (n = 20)			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Renversement des rôles												
Sévère ou modéré	11	28	2	10	<i>n.s.</i> †	9	23	0	0	<i>n.s.</i> †		
Quelque peu ou pas	27	67	18	90		29	73	18	100			
Non disponible	1	3	0	0		2	5	0	0			
Abus psychologique												
Sévère ou modéré	13	33	5	25	0,43	1	21	53	6	30	3,36	1
Quelque peu ou pas	26	65	15	75			17	43	14	70		
Non disponible	1	3	0	0			2	5	0	0		

\*  $p < 0,05$

† Postulats non respectés pour les calculs des contingences. Méthode exacte de Fisher utilisée. Résultats non significatifs

Il n'y a pas de différence significative quant au mode de discipline modéré (ferme, mais juste) de la part de la mère malgré un taux de 37 % ( $n = 15/39$ ) observé chez les cas avec diagnostic SPA comparativement à un taux de 65 % ( $n = 13/20$ ) chez les cas sans diagnostic SPA.

Outre le fait qu'il n'y a pas d'autre différence significative entre le groupe lorsque les résultats sont analysés en fonction de la figure parentale, des résultats intéressants méritent d'être présentés.

Plus de la moitié des cas du groupe avec diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances, à savoir, 55 % ( $n = 21/39$ ) et 61 % ( $n = 23/38$ ), respectivement de la part de la mère et de la part du père, ont connu de l'indifférence et de la négligence de la part de leur mère. Ce taux moindre, soit de 40 % ( $n = 8/20$ ) concernant le groupe sans diagnostic SPA, et ce, tant pour la mère que pour le père.

En ce qui a trait au rejet/abandon, plus d'un tiers des cas avec un diagnostic SPA, soit 34 % ( $n = 13/38$ ) ont vécu un rejet/abandon sévère ou modérément sévère de la part de la mère, et c'est près de la moitié, soit 49 % ( $n = 19/39$ ) des cas qui sont observés pour le père. Quant au groupe sans diagnostic SPA, c'est plus du tiers, soit 35 % ( $n = 7/20$ ) et ce, tant pour la mère que pour le père.

Un manque sévère ou modérément sévère de chaleur affective de la part de la mère se retrouve, respectivement, dans une proportion de 42 % ( $n = 16/38$ ) pour les cas ayant un diagnostic SPA et de 45 % ( $n = 9/20$ ) chez le groupe sans SPA. En ce qui a trait au père, on observe un taux de 63 % ( $n = 24/38$ ) chez les cas avec diagnostic SPA, et un taux semblable chez le groupe sans diagnostic, à savoir, 60 % ( $n = 12/20$ ).

Plus de la moitié des cas avec diagnostic SPA ont grandi avec des parents qui exerçaient un mode de supervision sévère/autoritaire ou relâché/inconstant, puisque nous observons des taux de que 55 % ( $n = 22/38$ ) pour la mère et de 67 % ( $n = 27/38$ ) pour le père. Quant au

groupe sans diagnostic SPA, ce taux est seulement de 35 % ( $n = 7/20$ ) pour la mère et de 45 % ( $n = 9/20$ ) pour le père.

L'antipathie de la part de la mère est présente dans seulement 10 % ( $n = 4/39$ ) des cas avec diagnostic SPA, alors que c'est plus du quart des cas sans diagnostic SPA, soit 25 % ( $n = 5/20$ ) qui ont vécu de l'antipathie sévère/modérée de la part de leur mère. Ainsi, 42 % ( $n = 16/38$ ) des cas avec diagnostic SPA ont vécu de l'antipathie sévère/modérée de la part de leur père, alors que ce taux est de 25 % ( $n = 5/20$ ) chez les cas sans diagnostic SPA.

C'est environ un quart des cas avec un diagnostic SPA qui ont vécu du renversement de rôle de la part de leurs parents, à savoir 29 % ( $n = 11/38$ ) de la part de la mère et 24 % de cas ( $n = 9/38$ ) de la part du père. Quant au groupe sans diagnostic SPA, seulement 10 % ont vécu du renversement de rôle, et ce, tant de la part du père que de la part de la mère.

Plus du tiers des cas ayant un diagnostic SPA, à savoir 33 % ( $n = 13/39$ ) ont vécu de l'abus psychologique qualifié de sévère à modérée de la part de leur mère, alors que, toujours au sein de ce groupe, c'est plus de la moitié, à savoir 55 % ( $n = 21/38$ ) qui ont vécu de l'abus psychologique sévère à modéré reçu de la part du père. Quant au groupe n'ayant pas de diagnostic le taux est respectivement de 25 % ( $n = 5/20$ ) et de 30 % ( $n = 6/20$ ) pour la mère et pour le père.

En somme, outre la variable discipline où il y a une différence concernant un mode relâché/inconstant de la part du père, il n'y a aucune différence entre les groupes. Cependant, le groupe avec diagnostic SPA est nombreux à avoir subi l'effet de plusieurs variables. En effet, plus de la moitié des cas avec diagnostic SPA ont connu de l'indifférence et de la négligence et un mode de supervision sévère/autoritaire ou relâché/inconstant. C'est au moins 40 % des cas concernant le manque de chaleur affective, et plus du tiers des cas dans ce groupe ont vécu du rejet et de l'abandon. De plus, un quart des cas ont vécu du renversement de rôle, et la présence d'abus psychologique est observée dans au moins le tiers des cas.

## APPENDICE P

DESCRIPTION DU NOMBRE D'ÉVÉNEMENTS « SÉVÈRES » VÉCUS PAR LES CAS  
AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE DE LEUR VIE

	Groupe avec diagnostic SPA ( <i>n</i> = 40)		Groupe sans diagnostic SPA ( <i>n</i> = 20)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Un événement	5	13	9	45
Deux événements	9	23	2	10
Trois événements	7	18	3	15
Quatre événements	8	20	1	5
Cinq événements	3	8	1	5
Six événements	4	10	3	15
Sept événements	0	0	0	0
Huit événements	1	2	0	0
Neuf événements	1	2	0	0
Dix événements	1	2	1	5
Cas manquant	1	2	0	0
Total	40	100	20	100