

Article

« Troubles mentaux et suicide »

Alain Lesage

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 7-14.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032309ar>

DOI: 10.7202/032309ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Éditorial

Troubles mentaux et suicide

Alain Lesage*

Évoquer le rôle des troubles mentaux dans le suicide provoque encore des réactions négatives chez plusieurs intervenants au Québec. Pour eux, les personnes qui se suicident le font au terme d'une cascade d'événements pénibles, d'un désespoir face à une situation existentielle devenue intenable. Dans cette vision-là, il est tout à fait compréhensible de dire que ces personnes vivent une détresse psychologique, mais pas qu'elles souffrent d'un trouble mental du type de la dépression. Une telle évocation des troubles mentaux représenterait l'intrusion de concepts médicaux, associée à tort à un réductionnisme biologique, dans un domaine existentiel qui assimile le suicide à une crise de l'individu dans une société donnée. On ironisera en disant que le bagage génétique québécois doit s'être grandement modifié en fort peu de temps pour expliquer une montée aussi rapide du taux de suicide au Québec depuis le début de la Révolution tranquille! Comment y expliquer l'augmentation importante du suicide depuis le début des années soixante, autrement qu'en évoquant la célèbre théorie de l'anomie d'un des fondateurs de la sociologie moderne.

Émile Durkheim (1897) définissait ainsi un type de suicide, lié à une désintégration des valeurs et des solidarités sociales, les individus devant faire face au chômage par exemple, dans une société en mutation et avec des points de repères sociaux éclatés. Or, n'est-ce pas là la situation que la société québécoise impose de façon croissante à une proportion importante de ses membres depuis le début des années soixante (Côté, 1991)? La perte de repères s'illustre encore plus chez les peuples autochtones (voir Dufour, dans ce numéro).

* Professeur agrégé de recherche au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, chercheur national à Santé et Bien-être Canada, chercheur invité au Clarke Institute of Psychiatry de Toronto. Remerciements à Frédéric Grunberg et Monique Séguin pour leurs commentaires, à David Cohen pour sa critique, et à Richard Boyer et Danielle St-Laurent pour leurs données épidémiologiques sur le suicide.

La principale riposte de la santé publique à cette montée du suicide au Québec a été le développement de centres de prévention, axés sur une intervention de crise. Si de tels centres ont aidé nombre de personnes souffrantes, leur efficacité pour diminuer la prévalence du suicide n'a commencé à être démontrée que récemment. Et encore, cet effet demeure partiel et s'appliquerait surtout à certains sous-groupes (Lester). Or, une étude suédoise vient de montrer qu'un programme systématique d'amélioration des capacités des médecins de famille à mieux détecter, reconnaître et traiter la dépression a diminué le taux de suicide dans la population desservie (Abom).

Dans une perspective de santé publique, le rôle des troubles mentaux dans le suicide ne peut être scotomisé. Dans les lignes qui suivent, ce rôle va être retracé pour montrer comment on peut développer une compréhension élargie qui pourrait ouvrir plus de pistes à la prévention.

Ampleur du phénomène au Québec

Le suicide a augmenté de façon importante au Québec au cours des trois dernières décennies. Le taux par 100 000 habitants a plus que triplé, passant de 5 en 1960 à 16 en 1991. Cette augmentation s'est surtout produite durant la période 1970-91. Chez les hommes, ce taux a fait un bond de 345 %, passant de 7,7 en 1960 à 26,6 en 1991. Une croissance similaire a été observée chez les femmes. Chez elles, par contre, les taux sont beaucoup moins élevés, se situant à 2,2 en 1960 et 5,9 en 1991. Le taux de suicide a augmenté de façon très rapide chez les jeunes hommes de 15 à 34 ans. Le suicide dans ce groupe d'âge représente en 1992 leur principale cause de décès et plus de 35 % des suicides au Québec.

Au niveau canadien, le Québec de 1986 se retrouve au 4^e rang avec un taux par 100 000 habitants de 17,4, devancé de peu par l'Alberta (17,9), les Territoires du Nord-Ouest (28,7) et le Yukon (76,6) (Santé et Bien-être Canada, 1987). Les peuples autochtones demeurent particulièrement frappés : on estime que le taux de suicide standardisé (53) est au moins trois fois plus élevé que celui des populations non autochtones. Au niveau international, les taux canadiens se situaient parmi les plus élevés, mais on observait en 1988 des taux très élevés dans certains pays européens. En Allemagne de l'Ouest (avant la réunification), en Hongrie, en Autriche et en Finlande, des taux globaux de 37, 25, 20,5 et 23,1 ont respectivement été observés. Pour les hommes, les taux dans ces quatre pays étaient de 43,1, 45,3, 28,3 et 26,6 (Diekstra, 1989).

Le suicide reste pourtant un phénomène statistiquement rare: il ne représente que la quatrième cause de décès au Canada. La plupart des intervenants en santé mentale ne verront que quelques-uns de leurs patients décéder par suicide. Le suicide demeure toutefois un problème majeur de santé publique. Le Groupe de travail sur le suicide au Canada indiquait en 1987 (Santé et Bien-être Canada, 1987) que son impact mesuré par le nombre d'années de vie perdues le situait au 2^e rang, suivant de près les maladies cardiaques. L'impact devient énorme si on y ajoute les victimes cachées: les familles et proches endeuillés (Séguin). Le même groupe de travail estimait que chaque année entre 40 000 et 50 000 personnes vivaient un deuil suite à un suicide au Canada.

Troubles mentaux et suicide

L'association des troubles mentaux avec le suicide a été démontrée grâce à deux sources différentes d'information: les études d'autopsie psychologique et les suivis de patients ayant reçu des soins psychiatriques.

L'autopsie psychologique consiste à faire «la reconstitution du mode de vie et de la personnalité du décédé, de même que les détails des circonstances et de son comportement ayant abouti au décès» (Schneidman et Farberow, 1961). Les sources sont des entrevues avec les proches de la personne décédée et les dossiers médicaux, scolaires et judiciaires. Des dizaines d'études basées sur la technique d'autopsie psychologique ont été menées depuis le début des années soixante (Clark et Horton-Deutsch, 1992). Ces études ont observé des taux globaux très élevés de désordres psychiatriques associés au suicide (plus de 90 %); la dépression représente la classe de désordre la plus fréquemment observée (30 % à 76 %); les troubles de dépendance à l'alcool ou aux drogues sont aussi fréquemment identifiés chez plus du tiers des suicidés; quant aux troubles de la personnalité, le trouble de personnalité limite a été identifié chez près de 30 % des suicidés. Des résultats comparables ont été obtenus dans une étude menée au Québec (Grunberg). On trouvera aussi dans l'article de Grunberg une discussion sur les critiques de la méthode d'autopsie psychologique et sur le rôle des troubles mentaux dans la période précédant le suicide. Élément important à noter, le risque plus élevé de troubles mentaux a été relevé non seulement dans les mois précédant le décès, mais aussi auparavant dans la vie de l'individu. Ceci écarte l'argument que l'association entre dépression ou abus d'alcool ou de dro-

gues et suicide ne soit qu'une des manifestations d'une crise importante de l'individu, précédant le suicide.

L'établissement du rôle des troubles mentaux dans le suicide repose sur une autre lignée de preuves: les études longitudinales de patients suivis par les services psychiatriques. L'ensemble des études a montré que ces patients étaient plus à risque de se suicider (Tanney, 1992). Ce rôle est ici soutenu par le fait que les désordres mentaux spécifiques ne soient pas associés aux mêmes risques de suicide. Dans la célèbre étude de Lundby en Suède, le risque à vie de suicide était 2,5 fois plus élevé chez les hommes identifiés avec un diagnostic psychiatrique que dans la population générale (Rorsman et al., 1985, cité par Tanney, 1992). Les troubles du type de la dépression s'associent à un risque à vie de suicide de près de 15 % (Guze et Robins 1970, cité par Black et al., 1987). Le risque varierait selon les types de troubles dépressifs. Certaines de ces études ont aussi montré que la présence de plus d'un désordre (co-morbidité) s'associait à un risque plus élevé, le plus fréquemment relevé étant notamment les troubles dépressifs et les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Ces deux lignées d'études basées sur l'autopsie psychologique et sur le suivi de patients psychiatriques concordent pour attribuer un rôle important aux troubles mentaux dans le suicide. Il faut constater toutefois que les troubles mentaux, ou leur combinaison, ne suffisent pas pour expliquer le suicide puisque la grande majorité des personnes souffrant de désordres affectifs, par exemple, ne se suicident pas. Il devient nécessaire d'évoquer des modèles plus complexes qui tentent d'intégrer des facteurs génétiques, biologiques, développementaux, environnementaux, socio-économiques et culturels.

Vers un modèle élargi

Sans prétendre pouvoir expliquer toutes les articulations dans l'étiologie du suicide dans notre société, on doit faire appel à un lien entre des facteurs macroscopiques et des facteurs agissant au niveau micro-social près de l'individu (GIRAME, 1988).

Au niveau macroscopique, il existe une relation bien établie entre facteurs socio-économiques et troubles mentaux, en particulier pour la dépression, les abus d'alcool et de drogues et les troubles de personnalité (Dohrenwend et al., 1992). Des données épidémiologiques des deux dernières décennies ont aussi amené à suggérer qu'on assistait à une augmentation des troubles de dépression, en particulier

chez les hommes jeunes (Klerman, 1986). Parmi les facteurs socio-économiques cités, mentionnons l'éclatement des valeurs, les modifications des modèles et des rapports familiaux, les changements dans les rôles des hommes et des femmes, les restructurations économiques, la précarité de l'emploi, le chômage, la désagrégation des régions (Cormier et Klerman, 1985; Dyck et al., 1988; Côté, 1991). Ces facteurs peuvent aussi facilement être liés au modèle d'anomie proposé par Durkheim (1897) pour expliquer des conditions favorisant le suicide.

À ce niveau macroscopique comme à celui du suicide individuel, une difficulté importante dans l'attribution du juste poids à donner aux troubles mentaux dans le suicide est le recoupement des causes respectives des troubles et du suicide. Ainsi le modèle le plus complet de la dépression propose une vulnérabilité liée à des facteurs génétiques, des expériences développementales d'attachement nocives, un manque de protection provenant de relations interpersonnelles positives ou de situations sociales favorables, et un déclenchement provoqué par des événements ou des situations difficiles (Rutter, 1985; McGuffin et al., 1988; Brown et Harris, 1989). Des études épidémiologiques génétiques (comparaison de jumeaux identiques avec des non-identiques, puis la fratrie) ont montré un rôle de facteurs génétiques: les jumeaux identiques présentaient un plus grand risque de suicide que les jumeaux non identiques si l'un s'était suicidé. Mais ceci ne serait-il pas lié à la génétique de certains troubles mentaux? Des anomalies neurobiologiques sont retrouvées chez les sujets décédés par suicide (Mann et al., 1989), mais ici encore ne s'agit-il pas des anomalies liées à la dépression ou aux traits d'impulsivité identifiés chez ces mêmes personnes? Des expériences de séparation dans l'enfance ont été identifiées plus fréquemment chez les sujets décédés par suicide (Lesage et al., 1994), mais les expériences développementales nocives se retrouvent aussi dans l'étiologie du trouble de la personnalité limite par exemple. Et que dire des événements de vie impliqués depuis longtemps dans le déclenchement de la dépression et retrouvés dans les semaines, voire les jours précédant le suicide? Les événements de vie nocifs pendant l'enfance et l'adolescence vont affecter les capacités d'attachement de l'individu et le prédisposer à vivre plus difficilement ses relations adultes et à subir des pertes de façon plus négative (Bowlby, 1980).

Un modèle plus complet doit reconnaître l'interaction complexe de ces facteurs et des troubles mentaux. Les événements de vie ne sont pas complètement indépendants des individus, de leur trouble de

la personnalité ou de leur état dépressif. Les toxicomanies peuvent être associés à des troubles de la personnalité limite : des événements de conflit et de bris d'attachement sont associés à la nature même de ce désordre caractérisé par des relations interpersonnelles instables. Par ailleurs, on peut facilement imaginer que les personnes vivant des dépressions fréquentes, longues, sont plus à même de voir leur conjoint éventuellement les abandonner après des tentatives infructueuses de leur venir en aide; de même pour les personnes avec des problèmes d'abus d'alcool. Il se peut par ailleurs qu'un événement comme une perte ne fasse que couronner une accumulation de situations de pertes dans les dernières années et une dégringolade des sujets, avec pertes répétées accompagnées de rejet et d'exclusion qui mèneraient à l'acte fatal.

Il existerait donc une courroie de transmission et une interdépendance entre les expériences nocives dans l'enfance, l'éclosion de certains désordres, l'accumulation d'expériences récentes en partie secondaire aux désordres eux-mêmes. En ce sens, l'environnement peut jouer un rôle, le ressort d'un partenaire, d'une famille, d'un milieu de travail pouvant contrecarrer, par des expériences positives et supportantes, la vulnérabilité de ces personnes à maintenir de bons attachements. Une telle hypothèse demeure à démontrer par des études qui reconstruiraient de façon détaillée la nature des pertes dans l'enfance, les diverses psychopathologies à l'âge adulte, le soutien social et les séquences de différents événements de vie dans les années précédant le décès. Au Québec, les travaux de Tousignant et de son équipe vont en ce sens (voir leur article dans ce numéro).

La prévention

Ces pistes de recherche fondamentale montrent la place non réductionniste que peuvent occuper les troubles mentaux dans le suicide. Par ailleurs, la Santé publique et les Services sociaux et de santé doivent poursuivre maintenant leur travail d'aider les personnes les plus à risque, celles présentant des troubles mentaux et des idéations suicidaires. L'un et l'autre ne s'équivalent pas nécessairement, comme le souligne Bordeleau. Le travail des intervenants des centres de crise, des urgences des services sociaux et de santé se révèle des plus exigeants et demande une rigueur clinique, émotionnelle et relationnelle des plus élevées (Pommereau). Il existe aussi des limites aux interventions thérapeutiques et on doit accepter que les suicides ne peuvent être tous prévenus dans l'état actuel de nos connaissances

et de notre savoir-faire face à certaines configurations de troubles mentaux (Paris).

Cependant, plusieurs troubles mentaux affectant les personnes qui ont des idées suicidaires ou qui se sont suicidées pourraient ou auraient pu bénéficier de thérapeutiques. Dans la dépression, des médicaments anti-dépresseurs, ou des psychothérapies spécifiques de type cognitif ou interpersonnel, se sont avérés efficaces. Ne pourrait-on pas mieux soutenir et articuler le travail des centres de crise et des services sociaux et de santé en facilitant la référence pour traitement des personnes déprimées? Le médecin de famille ne devrait-il pas être plus sensibilisé à mieux repérer et à traiter ou référer pour traitement les personnes souffrant de dépression? Autant d'avenues immédiates qui peuvent découler d'une reconnaissance d'un modèle élargi du suicide où les troubles mentaux ont trouvé une juste reconnaissance.

RÉFÉRENCES

- BLACK, D.W., WINOKUR, G., NASRALLAH, A., 1987, Suicide in subtypes of major affective disorder, *Archives of General Psychiatry*, 44, 878-880.
- BOWLBY, J., 1980, *Attachment and Loss, Volume II: Separation*, Basic, New York
- BROWN, G., HARRIS, T., 1989, *Life Events and Illness*, The Guilford Press, New York.
- CLARK, D.C., HORTON-DEUTSCH, S.L., 1992, Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit, eds, *Assessment and prediction of suicide, An official publication of the American Association of Suicidology*, New York, The Guilford Press, New York, 144-182.
- CORMIER, H., KLERMAN, G.L., 1985, Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec, *Social Psychiatry*, 20, 109-114.
- CÔTÉ, C., 1991, *Désintégration des régions, Le sous-développement durable au Québec*, JCL éditions, 261p.
- DIEKSTRA, R.F.W., 1989, Suicide and the attempted suicide: an international perspective, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, 354, 1-24.
- DOHRENWEND, B.P., LEVAV, I., SHROUT, P.E., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, B.G., SKODOL, A.E. et al., 1992, Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue, *Science*, 255, 946-952.
- DURKHEIM, E., 1897, *Le suicide*, Presses Universitaires de France, rééd., 1973.

- DYCK, R.J., NEWMAN, S.C., THOMPSON, A.H., 1988, Suicide trends in Canada, 1956-1981, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 411-9.
- GIRAME, 1988, *La recherche en santé mentale et toxicomanie: spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement*, Rapport final au Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 367 p.
- KLERMAN, G.L. ed., 1986, *Suicide and depression among adolescents and young adults*, American Psychiatric Press, Washington, 383 p.
- LESAGE, A., BOYER, R., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1994, Suicide and mental disorders: a case-control study of young adult males, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- MCGUFFIN, P., KATZ, R., RUTHERFORD, J., 1991, Nature, nurture and depression: a twin study. *Psychological Medicine*, 21, 329-335
- MANN, J.J., DEMEO, M.D., KEILP, J.G., MCBRIDE, P.A., 1989, Biological correlates of suicidal behavior in youth in Pfeffer, C.R. ed., *Suicide among Youth: Perspectives on Risk and Prevention*, American Psychiatric Press Inc, Washington, 185-202.
- RUTTER, M., 1985, Resilience in the face of adversity, Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Santé et Bien-être Canada, 1987, *Le suicide au Canada: rapport du groupe national de travail sur le suicide au Canada*, Santé et Bien-Être Canada, Ottawa
- SCHNEIDMAN, E.S., FARBEROW, N., 1961, Sample investigation of equivocal suicidal deaths in N.L. Barberow et E.S. Shneidman eds, *The Cry for Help*, McGraw-Hill, New York, 118-128.
- TANNEY, B., 1992, Mental disorders, psychiatric patients, and suicide in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit, eds, *Assessment and Prediction of Suicide, An Official Publication of the American Association of Suicidology*, The Guilford Press, New York, 277-320.