

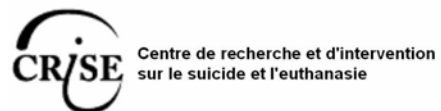
Recherche sur le suicide au Canada : Aperçu descriptif

Document de référence rédigé en vue de
l'Atelier sur la recherche sur le suicide

(Montréal, février 2003)

Jei

.D.



Remerciements

Nous remercions sincèrement les chercheurs suivants qui ont pris le temps d'examiner les ébauches de ce document :

Dr Roger Bland
Mme Gina Girard
Dr Michael Kral
Dr Antoon Leenaars
Dr Alain Lesage
Dr Paul Links
M. Tom Lips
Dr Catalina Lopez de Lara
Mme Allison Malcolm
Dr Brian Mishara
Dr Barbara Paulson
Dr Isaac Sakinofsky
Dr Monique Séguin
Mme Bronwyn Shoush
Dr Michel Tousignant
Dr Gustavo Turecki
Mme Gayle Vincent
M. Gregory Zed

Leurs observations détaillées, leur expérience et leur perspicacité ont été précieuses pour la préparation de ce document.

À l'origine, ce document a été préparé et présenté à titre de document de référence en prévision de l'Atelier sur la recherche sur le suicide tenu les 7 et 8 février 2003 à Montréal, au Québec. Il s'agit d'une adaptation d'un document original produit par Jennifer White, D.Ed., pour l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada. En se fondant sur les observations des participants à l'atelier, le milieu canadien de la recherche a réexaminé le document et l'a remanié.

Le Centre for Suicide Prevention de Calgary a coordonné la révision et la mise à jour finales du document, avec le soutien du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

On trouvera en annexe à ce document une bibliographie de travaux de recherche sur le suicide réalisés au Canada. En outre, le Centre for Suicide Prevention et le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie ont préparé à l'intention de Santé Canada une bibliographie à jour, qui est présentée dans un document distinct. Ensemble, ces deux bibliographies offrent une porte d'entrée dans le domaine des travaux de recherche canadiens sur le suicide dont les résultats ont paru entre 1985 et 2003.

Les points de vue présentés dans ce document ne rendent pas nécessairement compte de la politique officielle des coorganisateur de l'atelier, à savoir, l'Unité de la promotion de la santé mentale de Santé Canada et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du Canada.

Table des matières

Remerciements	ii
Introduction	1
Paramètres	2
A. Études canadiennes publiées : 1985 à 2003	3
Méthodologie	3
Aperçu descriptif	4
Catégories de recherche	4
1. Recherche biomédicale	5
2. Recherche clinique	8
3. Services et systèmes de santé	15
4. Santé des populations et déterminants socioculturels	20
5. Information sur la santé et épidémiologie	26
6. Développement des connaissances et recherche sur les politiques	28
B. Initiatives et étapes clés à l'échelle nationale	30
Dixième congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide, 1979	30
Rapports du Groupe d'étude canadien sur le suicide, 1987 et 1994	30
Association canadienne pour la prévention du suicide	30
Association québécoise de suicidologie	31
Réseau de lignes d'écoute téléphonique	31
Conférence des Nations Unies à Calgary, 1993	31
Réunion conjointe de l'Association internationale pour la prévention du suicide, de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, de l'Association québécoise de suicidologie et de Suicide-Action Montréal, 1993	32
Choisir la vie. Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones, 1995	32
Congrès international francophone sur la prévention du suicide, 2000 et 2002	32
Première Conférence internationale sur les pratiques novatrices pour la prévention du suicide, 2004	32
Collaboration France-Québec	32
Groupes de soutien aux endeuillés	33
Unités de recherche	33
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie	33
Chaire Arthur Sommer Rotenberg, Université de Toronto	34
Groupe McGill d'études sur le suicide	34
Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal	34
C. Commentaire de l'auteure	35
Recherche sur le suicide au Canada	35
Traditions et disciplines de recherche dominantes	36
Considérations	36
Capacités et lacunes actuelles	37
Ressources et forces	37
Lacunes	38
La recherche comme produit et processus	38
Appendice 1 : Déterminants de la santé	40
Appendice 2 : BIBLIOGRAPHIE	43

Introduction

Le présent document a pour but de recenser et de décrire l'ensemble de la recherche sur le suicide réalisée actuellement au Canada. Il a été préparé à l'origine comme document de référence pour l'Atelier sur la recherche sur le suicide qui s'est tenu à Montréal en février 2003. On avait organisé cet atelier pour permettre aux chercheurs, aux spécialistes de la prévention du suicide ainsi qu'aux représentants d'autres groupes d'intérêt et organisations clés de discuter de l'élaboration d'un programme national de recherche sur la prévention du suicide. Ce programme national contribuera à la création d'une base claire et empiriquement solide de données probantes, qui servira de fondement à la pratique quotidienne de la prévention du suicide, notamment à l'élaboration de politiques, à la planification de programmes, à l'éducation, au développement communautaire et aux interventions cliniques.

Bon nombre de provinces et de collectivités au Canada participent activement à l'avancement du programme pour la prévention du suicide, d'ordinaire en combinant l'éducation, le perfectionnement professionnel, la défense et la promotion des droits, les interventions en situation de crise, les programmes de prévention, le soutien aux endeuillés et les services cliniques. En outre, bon nombre d'équipes de recherche et de chercheurs à titre individuel contribuent de manière importante au corpus des connaissances existantes en prévention du suicide.

Cependant, à part les efforts de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS), qui a pour mandat de promouvoir la prévention du suicide à l'échelle nationale, aucun effort concerté n'est actuellement déployé à l'échelon national pour coordonner les diverses interventions aux échelons local et provincial, pas plus qu'il n'existe de mécanisme national officiel pour permettre aux chercheurs de ce domaine de communiquer efficacement avec les intervenants de première ligne, les décideurs, le personnel médical ou les dirigeants communautaires. Pourtant, dans les dernières décennies, beaucoup de pays industrialisés ont commencé à reconnaître que la prévention du suicide et des comportements suicidaires, de même que le soulagement de la souffrance qu'éprouvent les gens endeuillés par le suicide, constituent un important projet d'envergure nationale (Ramsay et Tanney, 1996).

Paramètres

Les objectifs de ce document sont de :

- donner un aperçu descriptif de l'ensemble de la recherche sur le suicide en cours de réalisation au Canada;
- préparer le terrain en vue d'engager un dialogue plus poussé au sujet de l'élaboration d'un programme national de recherche.

Ce document répond entre autres aux questions suivantes : Quelle est l'étendue globale de la recherche sur le suicide actuellement effectuée au Canada? Qui la dirige? À quels établissements les projets de recherche sont-ils associés? Quels sont les liens possibles entre les projets de recherche? Quelles sont les répercussions de ces travaux sur les politiques et les pratiques?

Pour les fins du présent document, la recension de la « recherche sur le suicide » a trait aux enquêtes systématiques sur le suicide et les comportements suicidaires qui sont entreprises par des chercheurs de différentes disciplines universitaires et qui englobent toute une gamme de traditions de recherche, à l'exception de deux types précis d'études :

- premièrement, les études portant sur l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas incluses, même si l'on reconnaît que beaucoup de contributions importantes dans ce domaine particulier ont été faites par des chercheurs canadiens (Mishara, 1999);
- deuxièmement, les études qui portent explicitement sur les comportements automutilatoires ont été exclues, à l'exception des études sur l'automutilation comme facteur de risque associé au suicide.

Bien qu'on ait continué à observer des progrès importants dans la recherche sur le suicide au Canada après 2003, le présent document met l'accent sur les efforts déployés entre 1985 et 2003. Les activités de recherche en cours et celles dont les résultats ont été publiés après 2003 ne sont pas prises en compte dans la version actuelle de ce document.

A. Études canadiennes publiées : 1985 à 2003

Cette partie du document décrit la recherche sur le suicide réalisée au Canada ou au sujet du Canada dans la période allant de 1985 à 2003. Les écrits qui y sont présentés couvrent différentes disciplines, notamment la santé, les sciences sociales et l'éducation. Le présent document fournit une mise à jour de certains commentaires antérieurs (Tanney, 1995) et travaux connexes. Par exemple, Ramsay et Bagley (1985) s'étaient lancés dans un projet analogue il y a presque vingt ans, quand ils ont évalué l'état de la recherche sur le suicide au Canada. Tous les efforts ont été faits pour inclure des études publiées dans les deux langues officielles, mais certains articles ont pu être oubliés.

Méthodologie

La recherche de résumés dans les bases de données a été faite à l'aide des sources suivantes : Medline, PsychInfo, Educational Resources Information Center (ERIC), Humanities and Social Sciences Index, Sociological Abstracts et Suicide Information and Education Collection (SIEC) du Centre for Suicide Prevention. Les termes de recherche primaires comprenaient : suicide, recherche et Canada. Quand c'était possible, la recherche était aussi faite à l'aide du nom de famille de l'auteur, d'après une liste de chercheurs connus pour leurs études sur le phénomène du suicide au Canada. Parce que ce document a été commandé par l'Unité de la promotion de la santé mentale, un ensemble secondaire de termes de recherche a été utilisé pour générer une liste d'études reflétant explicitement un aspect de prévention et de promotion de la santé et ayant une pertinence pour la prévention du suicide. Les termes utilisés étaient : prévention, promotion de la santé mentale, déterminants de la santé et résilience.

Les études n'ont pas été analysées sur le plan de la qualité de la conception de la recherche, pas plus que la rigueur de la méthodologie n'a été évaluée, puisque cela ne faisait pas partie de ce projet particulier. Contrairement à d'autres « analyses fondées sur des données probantes », aucun procédé systématique n'a été utilisé pour évaluer la validité des affirmations avancées, et aucun jugement sommaire ne sera formulé au sujet de la force et de la véracité globales des données empiriques.

Étant donné la quantité d'articles de recherche publiés, les thèses de doctorat non publiées ne sont pas incluses. Comme il a été mentionné précédemment, les termes suivants ont été exclus : euthanasie, suicide assisté et automutilation.

À la suite de l'Atelier sur la recherche sur le suicide, les chercheurs canadiens dans le domaine du suicide se sont vu offrir la possibilité d'examiner et de réviser le présent document pour assurer son exhaustivité.

Aperçu descriptif

L'étendue et le volume des recherches sur le suicide entreprises au Canada (ou au sujet du Canada) ont augmenté de façon soutenue au cours des vingt dernières années. Plus de 250 articles de recherche dans plusieurs disciplines ont été publiés sur le suicide au cours de cette période, révélant un ensemble riche et varié de traditions de recherche, d'approches méthodologiques et de perspectives théoriques.

Catégories de recherche

Pour les fins du présent document, la recherche canadienne est divisée en six catégories, qui sont les suivantes :

1. Biomédicale (y compris les études génétiques et biologiques)
2. Clinique (y compris les études des populations cliniques et des interventions thérapeutiques destinées à aider les personnes à risque)
3. Services et systèmes de santé
4. Santé des populations, déterminants socioculturels (y compris les études sur des populations vulnérables particulières ainsi que les études du rôle des déterminants sociaux plus généraux de la santé)¹
5. Information sur la santé, épidémiologie
6. Développement des connaissances et recherche sur les politiques.

La structure des quatre premières catégories provient des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), principaux bailleurs de fonds de la recherche dans le domaine de la santé au Canada. Les IRSC catégorisent la recherche en santé suivant ces quatre « piliers ». Les quatrième et cinquième catégories sont des thèmes interdisciplinaires communs dans les discussions entre les chercheurs ainsi que dans les ateliers sur les priorités de la recherche canadienne. On sait bien qu'il existe un chevauchement considérable entre ces catégories de recherche (p. ex., la santé des populations et l'épidémiologie) et que certaines études pourraient facilement faire partie d'une ou de plusieurs catégories, mais pour faciliter la description et l'analyse, on a classé chaque écrit publié dans une de ces six catégories.

¹ Voir l'appendice 1, au sujet des déterminants de la santé.

1. Recherche biomédicale

La recherche sur les facteurs de risque biologiques et génétiques associés au suicide a proliféré dans les dernières années, et les chercheurs canadiens ont largement contribué à faire avancer ce corpus de connaissances. Trente études canadiennes environ ont été publiées dans ce domaine au cours de la période comprise entre 1985 et 2003.

Hrdina a beaucoup contribué à faire comprendre les bases biologiques possibles de la suicidalité à partir d'une série d'études post mortem (Hrdina, 1996; Hrdina et Du, 2001). Par exemple, Hrdina et ses collaborateurs (1993) ont rapporté une augmentation des récepteurs 5-HT₂ dans le cerveau de suicidés et de patients déprimés morts de causes naturelles. Leurs conclusions sont venues appuyer le point de vue selon lequel une altération du système sérotoninergique cérébral était associée à la dépression et au comportement suicidaire. Des études plus récentes (Alda et Hrdina, 2000) ont analysé la distribution statistique des densités de récepteurs 5-HT_{2A} dans les plaquettes. Des résultats provenant de cette étude contribuent à l'idée qu'une forte densité de récepteurs 5-HT_{2A} est un marqueur de suicidalité et peut éventuellement être établi génétiquement.

Pour essayer d'élucider la composante génétique des anomalies sérotoninergiques relevées chez les suicidés, Turecki et ses collaborateurs du Groupe McGill d'études sur le suicide (1999) ont examiné la variance observée au niveau de la fixation aux récepteurs cérébraux de la sérotonine de type 2A (5-HTR_{2A}) chez des patients décédés par suicide. En comparant des échantillons de tissus cérébraux de sujets décédés par suicide avec ceux qui ne l'étaient pas, ces chercheurs ont pu confirmer les observations précédentes, à savoir une fixation plus importante aux récepteurs 5-HTR_{2A} chez les patients décédés par suicide. Chose plus importante encore, cette étude fournit également des arguments préliminaires quant à l'hypothèse selon laquelle le nombre de récepteurs 5-HTR_{2A} est à médiation génétique. Dans une étude portant sur des patients souffrant de dépression majeure, Du *et al.* (2000) ont examiné la variance au niveau du polymorphisme 102T/C sur ce locus et ont constaté une association importante entre ce variant et un niveau d'idéation suicidaire accru, tel que mesuré par la partie « idéation suicidaire » sur l'échelle HAM-D.

Des chercheurs canadiens ont également effectué des études génétiques ayant pour cible d'autres récepteurs sérotoninergiques. Par exemple, l'étude d'un polymorphisme situé dans la région d'activation de l'autorécepteur 5-HT_{1A} a révélé que l'allèle mineur de ce locus a une rétroaction négative sur l'activité de répression d'un facteur transcriptionnel agissant sur cet autorécepteur dans les cellules du raphé. Ces observations ont donné à entendre que la variation génétique sur ce locus conduit à une réduction de la neurotransmission sérotoninergique et, par conséquent, à une prédisposition à la dépression et au suicide (Lemondé *et al.*, 2003). Le rôle éventuel d'une variation génétique au niveau des gènes codant pour d'autres récepteurs sérotoninergiques a également été étudié. Turecki et ses collaborateurs (2003) ont étudié la variation au niveau de sept gènes récepteurs de la sérotonine (5-HTR_{1B}, 5-HTR_{1D α} , 5-HTR_{1E}, 5-HTR_{1F}, 5-HTR_{2C}, 5-HTR_{5A}, and 5-HTR₆) chez des personnes ayant complété un suicide. Ils n'ont pas pu trouver d'argument probant quant à un rôle majeur de ces loci dans la prédisposition au suicide.

Des chercheurs canadiens (Du *et al.*, 1999; Du, Faludi, Palkovits, Bakish et Hrdina, 2000; Turecki, 2001; Fitch *et al.* 2001; Anguelova, Benkelfat et Turecki, 2003) ont également étudié le rôle du gène transporteur de la sérotonine. Les résultats actuels semblent indiquer que la variation au niveau de ce gène, en particulier au niveau d'un locus de délétion/insertion de

44 pb sur le site promoteur de ce gène, un variant considéré comme fonctionnel, peut jouer un rôle important dans la prédisposition au suicide et aux comportements suicidaires. En utilisant un modèle et une méthodologie différents, Filteau et ses collaborateurs (1993) ont rapporté des données qui soutiennent indirectement le rôle du transporteur de la sérotonine dans la suicidalité. Ils ont mis en évidence une baisse significative de l'idéation suicidaire chez les patients déprimés traités par des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comparativement à ceux traités par des inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et par des antagonistes de la sérotonine-2.

Des chercheurs canadiens spécialisés en recherche biomédicale ont analysé d'autres gènes codant pour des composantes des voies sérotoninergiques. On pense que les gènes codant pour la tryptophane-hydroxylase (TPH), en particulier, jouent un rôle de premier plan dans la suicidalité (Du et al., 2000; Turecki et al., 2001; Lalovic et Turecki, 2002); toutefois, des données plus récentes semblent indiquer que ce gène particulier ne code pas pour une isoforme de la TPH qui est exprimée dans le tissu cérébral. Un gène homologue, désigné sous le nom de TPH2, code pour un tel variant. Ceci est cohérent avec les résultats de la méta-analyse d'études portant sur la TPH1 réalisée par Lalovic et Turecki (2002).

Du et ses collaborateurs (2002) ont étudié une possible contribution du gène de la monoamine-oxydase (MAO-A) chez les personnes suicidaires déprimées. Chose intéressante, ils ont mis en évidence une association entre forte activité de l'allèle correspondante et personnes suicidaires déprimées chez les sujets de sexe masculin. Cette observation montre que le gène de la MAO-A peut également contribuer à conférer une prédisposition au suicide chez les personnes déprimées de sexe masculin.

Par ailleurs, Turecki (2001) laisse entendre qu'une partie de la vulnérabilité au suicide peut s'expliquer par la présence de tendances génétiques à des comportements impulsifs et impulsifs-agressifs. Le même groupe de chercheurs (Sequeira et al., 2003) a signalé une association entre un variant génétique du gène du syndrome de Wolfram (WFS1) et le suicide et rapporté des mesures d'impulsivité plus élevées. Leurs conclusions préliminaires ont mis en évidence un rôle de ce gène dans la physiopathologie du suicide impulsif. En étudiant la relation entre le suicide et les comportements impulsifs-agressifs en faisant appel à une approche différente, Arato et ses collaborateurs (1991) ont suggéré que l'asymétrie hémisphérique des mécanismes sérotoninergiques relevée lors de suicides pouvait être associée à la violence et à l'agressivité.

Une autre piste de recherche biologique concerne le lien entre le niveau de cholestérol sérique et le risque suicidaire. En reliant les données de l'Étude Nutrition Canada avec les enregistrements de décès de la Base canadienne de données sur la mortalité, des chercheurs canadiens (Ellison et Morrison, 2001) ont conclu que de faibles niveaux de cholestérol sérique étaient associés à un risque accru de suicide. En outre, l'association persistait même après neutralisation des effets du chômage ou d'un traitement pour la dépression.

Des chercheurs canadiens ont également étudié des anomalies dans la transduction du signal. En 1999, Reisch et ses collaborateurs (1999) ont apporté des preuves préliminaires d'une réduction de l'immunomarquage de l'adényl-cyclase de type 4 et de son activité post mortem dans le cortex temporal de suicidés déprimés. Ces résultats ont suggéré que ce changement expliquait les perturbations observées au niveau de la cascade de signalisation du post-récepteur AMPc lors de la dépression. En outre, Young et ses collaborateurs (2003) ont contribué à prouver le fait que des anomalies de la transduction du signal surviennent chez des patients présentant un trouble de l'humeur et décédés par suicide. Leurs données ont montré

que le facteur de transcription CREB pourrait jouer un rôle important dans la neurobiologie du suicide et l'effet antisuicidaire du lithium. Au titre de cet effort engagé par des chercheurs canadiens pour étudier les mécanismes moléculaires impliqués dans le suicide, Honer et ses collaborateurs (2002) ont analysé des composantes moléculaires de connectivité neurale chez des personnes victimes de troubles mentaux sévères et chez des suicidés.

Au Canada, des chercheurs ont également abordé plusieurs autres aspects qui pourraient être impliqués dans le suicide. Par exemple, on a signalé des taux élevés de catécholamine chez des patients déprimés, avant un suicide et au moment d'une tentative de suicide (Dent, Ghadirian, Kusalic et Young, 1986; Mancini et Brown, 1992). En outre, on a relevé des concentrations accrues en protéines de stress des récepteurs des oestrogènes dans le cortex temporal de personnes suicidaires déprimées (Bown, Wang, MacQueen et Young, 2000). Le travail de recherche effectué par Merali et ses collaborateurs (2004) sur le cerveau de personnes suicidaires a conduit à l'éventualité que les changements observés au niveau de l'hormone libératrice de la corticotrophine (CRH) et de la sous-unité du récepteur de l'acide γ -aminobutyrique (GABA-A), ou bien la dysrégulation entre ces sous-unités du récepteur GABA-A, confèrent un risque de dépression et/ou de suicide ou bien sont consécutifs à la psychopathologie qui leur est associée.

Enfin, des études biologiques plus détaillées faisant appel à des micro-réseaux commencent à voir le jour. Le Groupe McGill d'études sur le suicide (Turecki, Sequeira, Gwadry, Canetti, Gingras et French-Mullen, 2003) a récemment entrepris de procéder à des études de grande envergure analysant les profils d'expression dans plusieurs zones du cerveau cortical. Ces études sont prometteuses et attestent d'une série de nouveaux systèmes candidats pour de futures études qui représentent de nouvelles possibilités pour la recherche biomédicale dans le domaine du suicide.

En résumé, il existe un faisceau grandissant de preuves confirmant que des facteurs neurobiologiques et génétiques jouent un rôle important dans l'étiologie du suicide. Des chercheurs canadiens ont été pour beaucoup dans l'élucidation de certaines des voies moléculaires et processus génétiques qui semblent contribuer à un risque accru de suicide. Beaucoup d'autres études neurologiques et génétiques sont actuellement en cours au Canada et s'inspirent de travaux antérieurs pour chercher à identifier plus précisément les gènes associés au suicide.

2. Recherche clinique

Plus de 90 articles de recherche abordant le suicide du point de vue clinique ou du traitement ont été publiés au Canada depuis 1985. Ces articles comprennent des études qui ont a) examiné des caractéristiques précises de la personnalité (p. ex., la dépendance, le perfectionnisme) ou d'autres dimensions psychologiques du risque suicidaire chez les individus, et b) analysé le risque suicidaire chez certaines populations vulnérables ou des populations cliniques (p. ex., les malades psychiatriques hospitalisés, les jeunes).

Pour faciliter la discussion, la recherche clinique a été divisée en cinq sous-catégories :

- a. méthodes de traitement et d'intervention
- b. facteurs familiaux
- c. populations cliniques vulnérables
- d. dimensions psychologiques
- e. personnes endeuillées.

Des études cliniques et théoriques qui présentent des modèles de prise de décisions cliniques (p. ex., Kral et Sakinofsky, 1994; Truscott, Evans et Knish, 1999) ainsi que des analyses de données probantes (p. ex., Lesage, 2002) sont incluses ici.

2a. Méthodes de traitement et d'intervention

Les études canadiennes portant sur les méthodes de traitement dans les cas de comportement suicidaire et de risque suicidaire ont été peu nombreuses, la plupart ayant été publiées dans les dix dernières années. Les recherches vont de grands essais internationaux multisites (Ahrens, Grof, Möller, Müller-Oerlinghausen et Wolf, 1995) à des études qualitatives approfondies d'envergure plus limitée (Hoover et Paulson, 1999), et jusqu'à des études de cas unique (Malcolm et Janisse, 1994; Lum, Smith et Ferris, 2002).

Suicide et traitement des troubles de l'humeur

Bien qu'une grande partie de la recherche clinique ait été consacrée à la détermination de l'efficacité de traitements précis pour les patients atteints de troubles de l'humeur, seules quelques études canadiennes ont expressément analysé ces interventions afin d'évaluer leurs effets sur les comportements suicidaires. Par exemple, Sharma (2001) a examiné l'effet de l'électroconvulsothérapie (ECT) sur le risque suicidaire chez des patients atteints de troubles de l'humeur. Il a constaté que cette thérapie (ECT) avait un effet bénéfique aigu mais à court terme sur le comportement suicidaire. Cependant, d'après l'auteur, il faut interpréter les résultats avec prudence, étant donné certaines limites particulières de l'étude. Dans un grand essai clinique multicentres, Ahrens et ses collaborateurs (1995) ont constaté que chez les patients ayant été traités au lithium, de manière prophylactique, pendant deux ans ou plus, la mortalité due au suicide et aux maladies cardiovasculaires était la même, ou seulement légèrement plus élevée, que la mortalité de la population en général.

Analysée sous un autre éclairage, la relation entre la suicidalité, les effets indésirables du traitement (p. ex., la sédation, la manie, la baisse de la libido, la psychose) et le traitement pharmacologique de la dépression a été explorée (Tollefson, Rampey, Beasley, Enas et Potvin, 1994). Les résultats semblaient indiquer qu'il n'y avait pas de relation entre un profil d'effets indésirables du traitement et la suicidalité chez cette population.

Facilitation de la guérison

Hoover et Paulson (1999) ont utilisé une approche phénoménologique pour identifier les thèmes de guérison chez des personnes auparavant suicidaires. Se fondant sur une analyse approfondie, ils ont pu identifier une série de processus pouvant avoir d'importantes répercussions et orienter les décisions futures en matière de traitement des individus suicidaires.

McCormick (1996, 1997b) et Paproski (1997) ont décrit les stratégies qui facilitent la guérison chez les Autochtones. Il s'agit entre autres d'établir un lien social et d'obtenir de l'aide des autres, de s'ancrer dans la tradition, de faire de l'exercice et de pratiquer l'autonomie en matière de santé, de participer à des activités stimulantes et de se fixer des objectifs, de s'exprimer, d'établir un lien spirituel et de participer aux cérémonies, d'aider les autres, de comprendre le problème, d'apprendre d'un modèle et d'établir un lien avec la nature (McCormick, 1997b).

Détermination du risque

deMan et ses collaborateurs au Québec ont validé les propriétés psychométriques de l'Échelle d'idéation suicidaire (de Man et Leduc, 1995) et l'ont adaptée pour l'utiliser avec de jeunes Canadiens français (de Man, Leduc et Labrèche-Gauthier, 1993). Reynolds (1991) a contribué quant à lui à la compréhension du rôle des instruments de dépistage et à l'évaluation du risque suicidaire, particulièrement chez les enfants et les adolescents. Il a mis au point une série d'outils de dépistage utiles, notamment le Questionnaire d'idéation suicidaire (Reynolds, 1988).

Entre-temps, dans un effort pour identifier les prédicteurs potentiels du suicide, d'autres chercheurs canadiens (Enns, Inayatulla, Cox et Cheyne, 1997) ont examiné la relation entre les symptômes dépressifs, l'anxiété, le désespoir et l'intention suicidaire chez un groupe d'adolescents autochtones et non autochtones qui avaient été hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Ailleurs, Wright et Adam (1986) ont constaté que même si beaucoup de personnes ayant tenté de se suicider ont affirmé qu'elles voulaient mourir au moment de leur admission à l'hôpital, toutes celles qui ont survécu ont exprimé le désir de vivre lorsqu'elles ont obtenu leur congé de l'hôpital.

Holden et des collaborateurs (1985, 1989) ont examiné la relation entre l'intention suicidaire et la désirabilité sociale et ont constaté qu'une « réaction négative au regard de la désirabilité » participait d'une détresse dans le contexte d'un comportement suicidaire. Enfin, Truant, O'Reilly et Donaldson (1991) nous ont donné un aperçu de la façon dont les psychiatres évaluent les facteurs de risque associés au suicide quand ils déterminent globalement le risque. Ils ont constaté que le désespoir était classé comme le plus important facteur de risque, suivi de l'idéation suicidaire, des tentatives antérieures, du niveau de l'humeur et de l'affect, de la qualité des relations, des signes et symptômes de dépression et de l'intégration sociale.

Études de cas cliniques

D'autres recherches sur le suicide ayant des répercussions cliniques ont été entreprises au Canada au cours des dernières années. Par exemple, Malcolm et Janisse (1994) ont procédé par étude de cas pour analyser une série de suicides par imitation qui se sont déroulés au sein d'une petite organisation fermée en Colombie-Britannique et ont constaté que la détermination des niveaux de dépression, d'anxiété et d'hostilité, combinée à des entrevues cliniques, était utile pour identifier les groupes à haut risque à la suite de décès par suicide. Leenaars et Wenckstern (1998) ont présenté une analyse de protocole des derniers poèmes de Sylvia Plath, qui a mis en évidence dans ces écrits des facteurs de risque différentiels particuliers. Plus récemment, Lum et des collaborateurs (2002) se sont basés sur une étude de cas pour montrer

comment appliquer le modèle thérapeutique de Satir au traitement d'un jeune homme suicidaire. Leenaars (1997) a présenté un cas qui a fait ressortir que certains patients réussissent à dissimuler ou cacher le risque de suicide qu'ils présentent même lorsqu'on tente une évaluation exhaustive de ce risque.

2b. Facteurs familiaux

Les études qui explorent les liens entre la dynamique familiale, les relations parentales, les profils d'attachement et le risque suicidaire forment une partie limitée mais importante des écrits canadiens sur le traitement. Un chercheur bien connu dans ce domaine est Ken Adam, qui a fait des recherches sur le rôle des profils d'attachement précoce dans l'étiologie du comportement suicidaire (Adam, 1985; 1986; Adam, Keller, West, Larose, and Goszer, 1994; Adam, Sheldon-Keller, and West, 1996). Beaucoup de ses travaux publiés datent d'avant la période visée par le présent document, mais certaines études récentes, qui s'inspirent de ses précédentes pistes de recherche, sont exposées brièvement ci-dessous.

Dans une perspective différente, le Groupe McGill d'études sur le suicide, dirigé par Gustavo Turecki, se livre actuellement à des études poussées sur des familles pour cerner l'agrégation familiale du suicide et des facteurs comportementaux qui influent sur le risque de suicide.

Études sur l'attachement

Dans une étude, Adam et ses collaborateurs ont évalué des adolescents qui avaient été dirigés vers des services de consultation externe ou des services de soins en établissement dans trois villes canadiennes afin de connaître leurs idées suicidaires et tentatives de suicide depuis le début de leur vie, qu'ils ont comparées aux résultats qu'ils avaient obtenus avec l'Instrument de lien parental (Adam et al., 1994). Les jeunes suicidants ont rapporté des soins moins nombreux et une surprotection plus grande par rapport à leur mère que leurs pairs non suicidaires. Dans une étude ultérieure (Adam et al., 1996), les chercheurs ont examiné les profils d'attachement et l'historique du comportement suicidaire chez des adolescents en traitement psychiatrique. Dans le même sens, West et ses collaborateurs (1999) ainsi que Lessard et Morretti (1998) ont exploré la relation entre les niveaux perçus d'attachement aux dispensateurs de soins (attachement-sécurité ressentie) et l'idéation suicidaire relevée dans des échantillons cliniques d'adolescents.

Relations parents-enfants

Abordant l'exploration des facteurs de risque liés à la famille dans une perspective différente, de Man, Labrèche-Gauthier et Leduc (1993) ont examiné le lien entre les relations parents-enfants et les idées suicidaires chez de jeunes Canadiens français. Ils ont constaté que les idées suicidaires chez les adolescents et les adolescentes étaient associées à un style de parentage caractérisé par un contrôle élevé assorti d'un soutien social maternel et paternel insuffisant.

Tousignant et des collaborateurs ont eux aussi examiné le rôle de la famille dans le contexte du suicide et du comportement suicidaire (1986, 1993) en étudiant les contributions respectives des soins donnés par le père et par la mère afin de déterminer leur association potentielle avec le comportement suicidaire. Les résultats ont montré que des lacunes dans les soins donnés par le père sont fortement associées au comportement suicidaire.

2c. Populations vulnérables

Les chercheurs canadiens ont entrepris plusieurs études qui font ressortir les répercussions cliniques des interventions auprès de certaines populations à haut risque. Le manque d'espace

nous empêche de revoir chaque étude individuelle, mais bon nombre de ces travaux sont examinés très brièvement.

Individus atteints de troubles mentaux

Étant donné la forte association entre les troubles mentaux et le suicide (Tanney, 2000), il n'est pas surprenant que beaucoup d'études aient tenté d'expliquer cette relation avec plus de précision, cela dans plusieurs groupes différents à haut risque. Par exemple, dans une importante étude cas-témoin sur de jeunes hommes au Québec qui a constitué à première étude fondée sur des autopsies psychologiques à être réalisée au Canada, Lesage et des collaborateurs (1994) ont constaté que, chez les jeunes hommes, le suicide complété est lié aux troubles mentaux suivants : la dépression majeure, le trouble de la personnalité limite et la toxicomanie. D'autres études portant sur un échantillon élargi ont mis en évidence le rôle important que joue la comorbidité au regard du risque de suicide (Kim et al., 2003).

Dans une série d'études sur le risque suicidaire chez des patients atteints du trouble de la personnalité limite, des chercheurs canadiens ont trouvé que les prédicteurs les plus significatifs chez cette population clinique étaient les tentatives de suicide antérieures et un niveau d'instruction plus élevé (Paris, 1987; 1990; Paris, Nowlis et Brown, 1989).

Plusieurs études canadiennes ont examiné en profondeur les risques particuliers de suicide chez les patients psychiatriques hospitalisés. Selon les résultats d'une étude réalisée à Montréal, les patients hospitalisés atteints d'un trouble de l'humeur ou de schizophrénie constituaient l'essentiel de l'échantillon des individus ayant complété leur suicide (Proulx, Lesage et Grunberg, 1997), alors qu'en Ontario des chercheurs ont constaté que les patients hospitalisés les plus à risque de se suicider correspondaient au profil suivant : comportement suicidaire antérieur, chez une personne atteinte de schizophrénie, hospitalisée contre son gré et vivant seule (Roy et Draper, 1995). Dans une étude plus récente en Ontario, des chercheurs ont constaté qu'il était plus probable de constater chez les patients hospitalisés qui s'étaient suicidés des antécédents familiaux de problèmes psychiatriques et des tentatives de suicide antérieures, et que le diagnostic le plus commun était les troubles de l'humeur et non pas la schizophrénie (Sharma, Persad et Kueneman, 1998). Holley et ses collaborateurs (1998) ont procédé à un examen de la mortalité qui s'est échelonné sur 13 ans auprès d'une cohorte régionale de 876 personnes ayant tenté de se suicider et qui avaient été hospitalisées entre 1979 et 1981. Comparativement à la population en général, les sujets de cette étude couraient quatre fois plus de risques de mourir de n'importe quelle cause, mais 25 fois plus de risques de mourir par suicide. Enfin, dans une autre étude canadienne, Chandrasena et des collaborateurs (1991) ont constaté que beaucoup de patients étrangers qui étaient morts par suicide étaient en chômage et s'étaient mal intégrés à la société.

Patients parasuicidaires

Un autre groupe d'études ayant des répercussions cliniques importantes a porté sur les patients qui se livrent de façon répétée à l'automutilation et à des comportements suicidaires. Reynolds et Eaton (1986) ont comparé ceux qui ont fait de multiples tentatives de suicide avec ceux qui n'en ont fait qu'une seule et ont constaté que les « récidivistes » ont des niveaux plus élevés de dépression, de désespoir et de toxicomanie ainsi que des taux de létalité plus élevés. Sakinofsky et Roberts (1990) ont examiné pourquoi les patients parasuicidaires continuent d'avoir des comportements automutilatoires malgré la résolution apparente de leurs problèmes. Dans une étude antérieure, Goldberg et Sakinofsky (1988) ont exploré, grâce à divers modes d'entrevue, les niveaux de « tendance intrapunitive » chez les patients parasuicidaires. Ils ont constaté que les individus ayant une forte tendance intrapunitive et qui faisaient partie du

groupe d'entrevues cognitives présentaient les améliorations les plus marquées au regard des mesures autodéclarées des symptômes de dépression. Leenaars, Lester, Wenckstern et leurs collaborateurs (1992), après avoir étudié des personnes ayant tenté de se suicider et des personnes mortes par suicide, sont arrivés à la conclusion qu'il pourrait bien exister davantage de similitudes que de différences entre ces deux groupes. Il est possible en outre que les deux groupes se recourent.

Jeunes

L'augmentation, au cours des 30 à 40 dernières années, du taux de suicide chez les jeunes a incité plusieurs chercheurs canadiens à essayer de mieux comprendre les facteurs de risque particuliers liés au suicide chez les jeunes et de mettre en lumière les répercussions possibles en matière de traitement et d'interventions de soutien. Par exemple, des études qualitatives ont été effectuées afin de faire ressortir certains des processus qui ont amené les jeunes à envisager le suicide et les facteurs qui les ont aidés à se rétablir (Everall, 2000; McCormick, 1997a; Paulson et Everall, 2001). Au Québec, de Man et ses collaborateurs ont sondé un groupe d'élèves du secondaire (de Man et Leduc, 1995; de Man, 1999) dans le but de cerner les corrélats des idées suicidaires. Ils ont constaté que la dépression était l'un des facteurs les plus importants, constat qui a des répercussions cliniques évidentes. D'autres groupes de jeunes à haut risque ont également été étudiés, notamment les jeunes placés en famille d'accueil (Charles et Matheson, 1991). Leenaars, De Wilde, Wenckstern et Kral (2001) ont montré que le suicide chez les adolescents pourrait être relié de près à la constriction cognitive et à un manque de compréhension; il est fort possible que les adolescents suicidaires sont aveugles à bon nombre d'aspects de leur propre mort.

Personnes âgées

La persistance de taux élevés de suicide chez les personnes âgées a également alimenté un certain nombre d'études récentes entreprises par des chercheurs canadiens. Par exemple, à partir d'un paradigme de recherche en soins infirmiers, Delisle (1992) s'est penché sur les questions suivantes : « Qu'est-ce qui rend les nouveaux pensionnés vulnérables au suicide? Leur suicide est-il évitable? Quelles sont les meilleures interventions en soins infirmiers? ». Fortin et des collaborateurs (2001) ont examiné la relation entre l'idéation suicidaire et l'autodétermination chez les personnes âgées vivant en établissement et ont constaté que les personnes âgées suicidaires ne différaient pas des non-suicidaires pour ce qui est de la dimension de l'autodétermination.

D'autres populations à risque très précises ont aussi fait l'objet d'études, notamment les patientes canadiennes d'origine chinoise (Lalinec-Michaud, 1988), les patients faisant usage d'isotrétinoïne pour le traitement de l'acné (Jick et al., 2000) et les patients qui se présentent à un service d'urgence avec une douleur à la poitrine, un trouble panique et des idées suicidaires (Fleet et al., 1996; 1997). Leenaars (1992) a découvert que parmi les périodes de la vie, la vieillesse est celle à l'égard de laquelle notre compréhension du suicide est la plus pauvre, et il en a conclu que le sujet mérite une attention beaucoup plus grande.

2d. Dimensions psychologiques

Antoon Leenaars a considérablement contribué au corpus des connaissances nationales et internationales sur la prévention du suicide grâce à son étude empirique des notes de suicide ainsi que par d'autres études menées au Canada et à l'échelle internationale.

Étude des notes de suicide

Grâce à l'élaboration de protocoles précis d'analyse des notes de suicide, lesquels ont été appliqués à l'égard de plusieurs sujets suicidaires différents (hommes, femmes, jeunes, personnes âgées, méthodes létales, méthodes passives, personnes ayant tenté de se suicider, personnes s'étant suicidées), Leenaars a proposé un modèle multidimensionnel du suicide en étudiant à la fois les dimensions intrapsychiques et interpersonnelles, ce qui peut nous aider à mieux comprendre l'individu suicidant (Leenaars, 1996). Il a ensuite examiné certaines caractéristiques psychologiques très précises liées au suicide, notamment la douleur insupportable, la constriction cognitive, les expressions indirectes, l'incapacité de s'adapter, l'ego, les relations interpersonnelles, le rejet-agression et l'identification-égression.

Une étude récente (Leenaars, De Wilde, Wenckstern et Kral, 2001) fournit un résumé concis de certains des principaux résultats qui découlent de l'analyse des notes de suicide. Des notes de suicide représentant quatre âges du développement (adolescents, jeunes adultes, adultes d'âge moyen, adultes âgés) ont été analysées d'après des protocoles précis suivant huit dimensions psychologiques multidimensionnelles : douleur insoutenable, constriction cognitive, expressions indirectes, incapacité de s'adapter, ego, relations interpersonnelles, rejet-agression et identification-égression. Malgré de nombreux points communs dans les groupes d'âge, les résultats semblent indiquer que le suicide des adolescents est plus susceptible d'être davantage lié à la constriction cognitive, aux expressions indirectes, au rejet-agression et à l'identification-égression que le suicide des sujets des autres groupes d'âge. Les jeunes adultes présentent des marqueurs particuliers; ce sont eux qui présentent la plus forte incidence de psychopathologie (ou d'incapacité de s'adapter).

Pour réaliser des progrès dans le domaine de la santé, il est important de soumettre les recherches réalisées dans un pays à une répétition dans d'autres pays de manière à confirmer la validité interculturelle des résultats obtenus. Leenaars et un certain nombre de collègues d'autres pays ont appliqué le modèle multidimensionnel de Leenaars à des notes de suicide recueillies non seulement au Canada, mais aussi aux États-Unis, en Irlande du Nord, en Hongrie, en Russie et en Australie (voir Leenaars, Lester, Lopatin, Schustov et Wenckstern, 2002).

Caractéristiques de la personnalité

Outre Leenaars, d'autres chercheurs canadiens ont examiné des caractéristiques psychologiques ou des traits de personnalité précis liés au suicide. Par exemple, Bettridge et ses collaborateurs (1995) ont examiné le besoin de dépendance ainsi que les perceptions liées à la disponibilité et au caractère suffisant des relations chez des adolescentes ayant tenté de se suicider et chez d'autres n'ayant pas tenté de le faire, au Canada. Hewitt et ses collaborateurs ont quant à eux étudié la dimension du perfectionnisme et son lien avec les comportements suicidaires dans plusieurs populations cliniques différentes, notamment chez des adolescents patients psychiatriques et des adolescents alcooliques (Hewitt, Flett et Weber, 1994; Hewitt, Newton, Flett et Callander, 1997; Hewitt, Norton, Flett, Callander et Cowan, 1998). Enfin, le Groupe McGill d'études sur le suicide a réalisé plusieurs études sur les traits de personnalité de personnes mortes par suicide (voir par exemple Kim *et al.*, 2003).

2e. Personnes endeuillées

Très peu d'études canadiennes publiées examinent la question du deuil après le suicide. Une brève recension des écrits dans ce domaine suit.

Deuil consécutif à un suicide

Séguin et ses collaborateurs (1995a) ont constaté que, comparativement aux parents qui avaient perdu un enfant dans un accident de motocyclette, les parents endeuillés par un suicide étaient plus déprimés (quoique les différences disparaissaient après neuf mois), éprouvaient plus de honte, vivaient plus d'événements marquants et avaient subi un plus grand nombre de pertes. Dans une autre étude (Séguin et al., 1995b), des mères ayant perdu un enfant mort par suicide ont été interviewées au sujet de la perte qu'elles avaient éprouvée, et ces résultats ont été complétés par les résultats d'une autopsie psychologique. Une analyse ultérieure a révélé la présence d'une perte transgénérationnelle importante, d'une séparation et d'une éducation des enfants inadéquate.

Dans une étude plus récente, Bailley, Kral et Dunham (1999) ont comparé les expériences du deuil chez des étudiants universitaires en fonction d'une gamme de décès différents. Ils ont constaté que les personnes en deuil après un suicide, comparées à celles d'autres groupes, éprouvaient des sentiments plus fréquents de rejet, de responsabilité, de réactions « particulières », de réactions de deuil total, de honte accrue et de stigmatisation perçue.

Groupes de soutien aux endeuillés

Hopmeyer et Werk (1994) ont examiné la structure et la composition de divers types de groupes de soutien aux endeuillés mis sur pied à Montréal : les groupes de soutien destinés aux veufs ou aux veuves, ceux pour les membres de la famille en deuil à la suite d'un suicide et ceux pour les membres de la famille en deuil à la suite d'un décès par cancer. Tous les participants ont dit être très satisfaits de leur expérience, mais les raisons de se joindre à un tel groupe et les aspects les plus valables de l'expérience différaient selon la nature du groupe. Enfin, Rubey et McIntosh (1996) ont effectué une enquête auprès des groupes de soutien aux endeuillés à la suite d'un suicide, aux États-Unis et au Canada, afin de mieux comprendre leur composition et leur nature.

3. Services et systèmes de santé

Peu d'études canadiennes ont été entreprises dans cette catégorie comparativement à celle de la recherche clinique. Dans les travaux publiés – environ 45 au total – un éventail d'intérêts ressort, notamment l'évaluation des lignes d'écoute téléphonique et des centres de prévention du suicide, l'évaluation des programmes, l'analyse rétrospective des services donnés à la suite d'un suicide ainsi que le perfectionnement professionnel et la formation en prévention du suicide et en intervention. Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs études sont incluses ici parce qu'elles sont pertinentes pour la prévention du suicide, mais aussi parce qu'elles ont des applications plus vastes pour la santé et le bien-être de la population en général, c.-à-d. pour les programmes de promotion de la santé mentale et de prévention. Les examens et commentaires théoriques (p. ex., Boyer et Loyer, 1996), la présentation de modèles d'organisation des services (p. ex., Boldt, 1985) et la recension des écrits pertinents (p. ex., Frankish, 1994; Rhodes et Links, 1998) ne font pas partie du présent document.

Pour faciliter l'examen, les études seront réparties dans les rubriques suivantes : centres de prévention du suicide, organisation et évaluation des services, formation et perfectionnement professionnel ainsi que programmes de promotion de la santé mentale et de prévention.

3a. Centres de prévention du suicide

Les contributions canadiennes au corpus des connaissances internationales sur l'efficacité des lignes d'écoute téléphonique d'urgence et des autres centres de prévention du suicide ont été importantes. Dans une des premières études d'une série portant sur la nature et l'efficacité des centres de prévention du suicide, Mishara et Daigle (1992) ont étudié les services d'écoute téléphonique offerts par des bénévoles dans deux centres différents au Québec. En écoutant discrètement une série d'appels d'arrivée et en codant toutes les réponses, les chercheurs ont pu évaluer l'efficacité du programme en fonction des trois aspects suivants : modification de l'évaluation de l'état dépressif, modification de l'urgence et utilisation de contrats de non-suicide ou d'ententes de sécurité. Des études ultérieures (Daigle et Mishara, 1995; Mishara et Daigle, 1997) ont porté sur des types précis d'interventions réalisées par des bénévoles de services d'écoute téléphonique et ont permis de constater que dans l'ensemble, une plus grande proportion de réponses non directives ou « rogériennes » était liée à un recul des mesures de l'état dépressif. Mishara et Giroux (1993) ont étudié le rôle du stress chez les bénévoles des lignes d'écoute téléphonique à trois moments différents : avant le quart de travail, pendant les appels et à la fin du quart de travail.

D'autres chercheurs canadiens ont examiné la nature et l'incidence des centres de prévention du suicide et des centres d'intervention d'urgence dans des villes de différentes régions du Canada (Adamek et Kaplan, 1996; Leenaars et Lester, 1995). Adamek et Kaplan (1996) ont étudié plusieurs lignes d'écoute téléphonique aux États-Unis et au Canada pour déterminer leur état de préparation et leur capacité de réagir vis-à-vis d'adultes plus âgés suicidaires. Dans l'ensemble, ils ont trouvé qu'il y avait un manque de formation précise dans ce domaine, une mauvaise connaissance des tendances récentes en matière de suicide et une capacité limitée de se rapprocher des adultes plus âgés.

Tout compte fait, les preuves empiriques de l'efficacité des lignes d'écoute téléphonique à réduire les taux de suicide sont maigres, dans le meilleur des cas. Leenaars et Lester (1995) ont montré que les Centres de prévention du suicide avaient un effet positif au regard de la réduction des taux de suicide au Canada, mais que cet effet n'était pas suffisamment marqué pour être statistiquement significatif. Les chercheurs canadiens ont été les premiers à résumer les résultats à ce jour ainsi qu'à exposer clairement les défis méthodologiques et éthiques

inhérents à ce type de recherche (Mishara et Daigle, 2000). Ils mènent actuellement d'autres études d'évaluation des services assurés par les centres de crise, et ces études sont décrites plus loin dans le présent document.

3b. Organisation et évaluation des services

Les chercheurs canadiens ont également évalué les programmes de prévention du suicide autres que les lignes d'écoute téléphonique. Par exemple, de Man et Labrèche-Gauthier (1991) ont évalué deux programmes communautaires différents de prévention du suicide au Québec, en examinant les niveaux d'estime de soi, de stress et d'idées suicidaires chez des individus qui ont participé aux programmes. Entre-temps, dans une étude qui a d'importantes répercussions sur la façon dont sont organisés les services destinés à des jeunes potentiellement suicidaires, Cappelli et d'autres chercheurs (1995) ont trouvé que chez les jeunes fréquentant une clinique de santé pour adolescents, la dépression et les pensées suicidaires constituaient une partie importante des problèmes de santé mentale. Plus récemment, Breton et ses collaborateurs (2002) ont procédé à un examen approfondi des programmes de prévention du suicide offerts partout au Canada afin d'en décrire la nature générale et de préciser leurs bases théoriques sous-jacentes. Ces auteurs ont conclu que la plupart des programmes de prévention du suicide qui sont offerts au Canada ne sont pas évalués officiellement et que la plupart des descriptions de programmes manquent de détails, particulièrement en ce qui concerne leurs fondements théoriques.

Les études qui recensent les « pratiques exemplaires » dans la prévention du suicide chez les jeunes (Gardiner, 2002; White et Jodoin, 1998) et d'autres études, fondées sur des données probantes, de l'efficacité des programmes de prévention du suicide destinés aux jeunes (Guo et Harstall, 2002; Ploeg et al., 1996) ne sont pas incluses ici.

Interventions auprès de suicidants

Allard et d'autres chercheurs (1992) ont examiné, au moment d'un suivi après deux ans, si des interventions précises de suivi offertes après une tentative de suicide pouvaient diminuer le risque de récidives. À la suite de leur analyse, ces auteurs ont conclu que des interventions intensives de suivi ne réduisaient pas les risques de tentatives de suicide répétées. Greenfield et ses collaborateurs (1995) ont dirigé une étude afin de déterminer l'effet d'une équipe de consultations psychiatriques externes sur le taux d'hospitalisation de jeunes en détresse, dont la plupart étaient des adolescents suicidants. Dans une étude plus récente, Links (2002) a déterminé que le contact continu avec les patients pendant deux ans après leur sortie de l'établissement était associé à une plus grande possibilité de survie chez les patients qui présentaient un risque de suicide après une crise.

Analyses et vérifications rétrospectives

Grunberg et ses collaborateurs (1994) ont examiné l'utilisation des services de santé en se livrant à une analyse rétrospective de suicides complétés par de jeunes hommes au Québec. Ces auteurs ont constaté que près de la moitié des sujets qui s'étaient enlevé la vie avaient consulté un professionnel de la santé mentale au cours de l'année précédant le suicide, comparativement à 5 % dans le groupe témoin. Plus récemment, dans une analyse rétrospective de tous les suicides complétés réalisée dans un grand établissement psychiatrique de l'Ontario, Martin (2002) a décrit les caractéristiques les plus communes des patients et il a également relevé de possibles lacunes dans les soins donnés à ceux qui se sont suicidés. Selon l'auteur, cette étude constitue le premier rapport canadien sur une série cumulative de suicides, y compris sur les lacunes documentées concernant les soins, dans un établissement psychiatrique donné.

Études d'analyse des coûts

Au moins trois études ont évalué les coûts liés au suicide et à sa prévention. Ces études sont pertinentes au regard de la façon dont ces services sont conceptualisés, justifiés et fournis. Dans un des premiers rapports visant à calculer les coûts de la mortalité par suicide dans une province canadienne, Clayton et Barcel (1999) ont constaté que, au Nouveau-Brunswick, l'estimation du coût total moyen d'un décès par suicide en 1996 était (y compris les charges indirectes) de 849 877,80 \$. Suivant une piste de recherche différente, Barnett et ses collaborateurs de l'Université de l'Alberta (1999) ont examiné les coûts précis associés à l'utilisation du flumazénil dans les cas de surdose. Dans un essai comparatif avec placebo et randomisé visant à évaluer l'efficacité, ils ont constaté que l'utilisation du flumazénil dans une surdose intentionnelle de médicaments d'une étiologie inconnue n'est pas efficace par rapport au coût. Enfin, en calculant les coûts globaux liés aux blessures par balle au Canada en 1991, Miller (1995) les a estimés à 6,6 milliards de dollars. Les suicides et les tentatives de suicide représentaient le gros de ces coûts, soit 4,7 milliards de dollars, ce qui inclut les coûts indirects.

3c. Formation et perfectionnement professionnel

On a entrepris au Canada très peu d'études visant expressément à déterminer l'efficacité de la formation en prévention du suicide et des mesures d'intervention², malgré le fait que les activités de formation et d'éducation jouent un rôle d'importance dans la plupart des activités et efforts locaux en matière de prévention du suicide.

Davis (1991) décrit la mise en œuvre d'un programme utilisé pour former des bénévoles qui donnaient du counselling de suivi à des clients suicidants. Les bénévoles qui ont évalué le programme l'ont trouvé efficace, quoi qu'ils étaient préoccupés par le temps limité consacré aux exercices pratiques. Tant les professionnels des services communautaires que les stagiaires estimaient que le projet avait atteint ses objectifs.

Tierney (1994) s'est servi de jeux de rôle pour évaluer dans quelle mesure les participants à un programme de formation des sentinelles, d'une durée de deux jours, sur les mesures d'intervention en cas de suicide, avaient maîtrisé diverses habiletés, connaissances et attitudes. En évaluant les effets immédiats de la formation, Tierney a conclu qu'il y avait eu une hausse importante des habiletés pour intervenir en cas de suicide.

Ross et ses collaborateurs (1998) étaient intéressés à savoir dans quelle mesure les écoles canadiennes de sciences infirmières incluaient dans leur programme un contenu lié à la violence (y compris la prévention du suicide). Grâce à un sondage avec un taux de réponse de 88 %, ils ont appris que le contenu sur la violence faite aux enfants et aux femmes et le suicide comme réaction à cette violence faisaient partie du programme de toutes les écoles de sciences infirmières.

3d. Prévention et promotion de la santé mentale

Les programmes primaires de prévention et de promotion de la santé mentale s'adressent d'ordinaire à une population en santé qui n'a pas encore montré des signes de maladie. Parmi ces programmes figurent la promotion des aptitudes sociales chez les jeunes, des stratégies de renouvellement communautaire et des programmes de soutien des familles. Des chercheurs canadiens ont étudié et évalué plusieurs programmes de prévention et de promotion de la santé

² Les approches adoptées pour l'élaboration des programmes de formation, p. ex. les travaux de Ramsay *et al.* (1990) se trouvent dans une catégorie présentée plus loin, celle du Développement des connaissances et recherche sur les politiques.

mentale au cours des dernières années, la plupart de leurs études ayant été publiées à la fin des années 1990. Ne sont pas prises en compte dans ce document les études qui résument les résultats des recherches sur la résilience (p. ex., Steinhauer, 2001), les examens des composantes optimales de la prévention et de la prestation des services cliniques dans le domaine de la santé mentale des enfants (p. ex., Offord et al., 1989) et les lignes directrices sur l'établissement de programmes efficaces de promotion de la santé mentale auprès des Autochtones (p. ex., Kirmayer et Boothroyd, 1999).

Les enfants, les jeunes et leurs milieux

Bélanger et ses collaborateurs (1999) ont évalué les effets d'un programme destiné à promouvoir les aptitudes sociales chez des enfants de la maternelle à Montréal. L'analyse a révélé qu'il y avait des gains importants sur le plan de l'estime de soi et des habilités à résoudre des conflits chez les enfants du groupe expérimental comparativement aux enfants d'un groupe témoin.

Reconnaissant l'incidence du milieu social sur le bien-être des enfants et des jeunes, d'autres chercheurs canadiens ont examiné les changements apportés par des écoles à leurs systèmes à la suite de leur participation à un programme novateur et global de promotion de la santé mentale. (Bond, Glover, Godfrey, Butler et Patton, 2001). Le projet Gatehouse à Victoria (C.-B.) était conçu comme une intervention de l'ensemble de l'école et comprenait les éléments suivants : la constitution et le soutien d'une équipe de santé composée d'adolescents de l'école, la détermination, à partir de sondages auprès des élèves, des facteurs de risque et de protection dans chaque milieu social et milieu d'apprentissage de l'école ainsi que la détermination et la mise en œuvre de stratégies efficaces pour agir à l'égard de ces questions.

Dans une étude antérieure, Peirson et Prilletensky (1994) ont examiné comment des changements apportés à l'école pouvaient contribuer à créer un climat propice à la prévention au niveau secondaire. Il en est ressorti une théorie du changement scolaire réussie fondée sur les faits, qui comprenait l'appropriation communautaire, l'attention aux facteurs humains et une bonne mise en œuvre. Enfin, Collins et Angen (1997) ont fait ressortir l'importance de la participation des jeunes à l'élaboration de programmes de promotion de la santé et de prévention du suicide.

Modèles et approches conceptuels

Dans une étude réalisée au Québec, des chercheurs ont examiné la pratique actuelle liée aux interventions auprès d'enfants, de jeunes et de familles afin de préciser les assises conceptuelles de divers modèles de prévention. Chamberland et ses collaborateurs (2000) ont analysé plusieurs programmes différents de prévention mis en œuvre au Québec et destinés aux jeunes de 18 ans et moins et à leurs familles. Les résultats ont indiqué que les stratégies d'intervention n'étaient pas uniquement destinées à modifier les caractéristiques des enfants, des jeunes et de leurs familles. En effet, certains projets visaient également à modifier les milieux de vie, révélant ainsi l'influence de modèles écologiques et sociaux dans l'élaboration de programmes. Pancer et Cameron (1994) ont utilisé l'initiative de prévention primaire appelée « Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur » pour évaluer l'incidence de la participation des citoyens aux programmes communautaires de prévention. Grâce à une méthodologie de recherche qualitative, ces auteurs ont pu évaluer les résultats positifs et négatifs que les résidents de sept collectivités de l'Ontario ont pu retirer de leur participation à ce projet.

Quoique beaucoup de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention soient destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles, deux études canadiennes récemment publiées visaient respectivement les adultes plus âgés ainsi que les familles d'agriculteurs ou

des collectivités agricoles. Bouffard et ses collaborateurs (1996) ont étudié l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme de promotion de la santé mentale, qui cherchait à aider les femmes âgées à se fixer des objectifs personnels et à les réaliser. Suivant une approche d'étude de cas, Gerrard (2000) a décrit comment il a utilisé un modèle de psychologie communautaire pour concevoir et mettre en place un programme de gestion du stress dans des exploitations agricoles en Saskatchewan. Entre autres considérations, Gerrard a fait ressortir l'importance de conceptualiser les questions de santé mentale, comme le stress suscité par l'exploitation d'une ferme, dans la perspective de l'« individu dans sa collectivité ».

4. Santé des populations et déterminants socioculturels

De nombreuses (environ 85) études de recherche sur le suicide publiées au Canada entrent dans cette catégorie. Pour que la tâche de les passer en revue soit gérable, les études ont été réparties dans les rubriques suivantes : variables sociales et culturelles, populations à risque particulières et déterminants de la santé, cette dernière rubrique incluant le développement sain de l'enfant, le revenu, l'emploi, les études, les conditions de travail, le soutien social et l'environnement.

4a. Variables sociales et culturelles

Ce groupe d'études comprend celles qui ont porté sur les taux de suicide au niveau de la population en fonction d'une gamme de variables sociales et culturelles différentes, notamment l'âge, le sexe, l'état matrimonial, l'ethnicité, les attitudes et les questions régionales. Bon nombre des études incluses ici reflètent une orientation clairement durkheimienne et découlent de la tradition sociologique, Frank Trovato de l'Université de l'Alberta étant à l'origine d'une grande partie de ces études. L'espace ne permettant pas de revoir chacune des études menées par Trovato, elles seront donc examinées brièvement.

Facteurs sociaux

Les études de Trovato comprennent un examen de la relation entre les taux de suicide au Canada et de grands facteurs sociaux comme l'ethnicité et le statut au regard de l'immigration (Trovato, 1986a; 1986b; 1992), le sexe et l'état matrimonial (Trovato, 1986c; 1987; 1991), la participation au marché du travail (Trovato et Vos, 1992), les variations régionales et écologiques (Trovato, 1992) ainsi que la migration interprovinciale (1986d). Trovato a aussi examiné les taux de suicide au niveau provincial, plus particulièrement au Québec (Krull et Trovato, 1994; Trovato, 1998). Dans une analyse durkheimienne du suicide chez les jeunes au Canada, Trovato (1992) a examiné les effets de trois mesures de l'intégration sociale sur les taux de suicide des jeunes : l'intégration à la famille, la participation à la vie religieuse et le chômage. Il a constaté que le désintérêt des jeunes vis-à-vis de la religion était associé à une propension accrue au suicide.

D'autres chercheurs canadiens ont examiné les taux de suicide en s'appuyant sur les concepts de Durkheim de l'intégration sociale et de l'anomie pour mieux comprendre les corrélats sociaux et économiques du suicide (Leenaars, Yang et Lester, 1993; Leenaars et Lester, 1995; Leenaars et Lester, 1998; 1999). Les cadres théoriques décrivant l'aliénation et les risques précis de suicide ne sont pas inclus ici.

D'autres études qui portent sur les vastes influences sociales et démographiques qui n'appartiennent pas nécessairement à la tradition sociologique comprennent : l'examen de l'effet de l'âge relatif et son influence sur le suicide des jeunes (Thompson, Barnsley et Dyck, 1999), les facteurs de risque socioéconomiques associés au suicide chez les personnes âgées (Agbayewa, Marion et Wiggins, 1998), une analyse démographique du suicide des enfants et des adolescents (Thompson, 1987), une étude du chômage et de la participation au marché du travail comme facteurs de risque suicidaire (Cormier et Klerman, 1985), les variations régionales et écologiques des taux de suicide dans les provinces au Canada (Agbayewa, 1993; Sakinofsky et Roberts, 1987), l'étude des taux de suicide des immigrants (Kliwer et Ward, 1988; Singh, 2002), et les corrélats psychosociaux du suicide dans des populations particulières (Bagley et Ramsay, 1985; de Man, Labrèche-Gauthier et Leduc, 1993; Hurteau et Bergeron, 1992).

Facteurs culturels

Les études canadiennes qui portent sur le vaste rôle des influences culturelles (y compris le sexe, les attitudes et les facteurs interculturels) sur le suicide sont variées. Dans une étude récente, Pinhas et ses collaborateurs (2002) ont examiné le rôle du sexe pour comprendre le comportement suicidaire chez les adolescents. Ces auteurs ont trouvé que le conflit des rôles sexuels peut être un facteur contributif potentiel dans l'étiologie du comportement suicidaire chez les adolescentes. Bien qu'éclairantes, les discussions théoriques sur le sexe et le suicide (p. ex., Canetto et Sakinofsky, 2000) ne sont pas incluses ici.

Dans une enquête communautaire, Bagley et Ramsay (1989) ont analysé les attitudes à l'égard du suicide, les valeurs religieuses et le comportement suicidaire. Domino et Leenaars (1989) ont utilisé le Questionnaire sur les opinions concernant le suicide pour comparer les attitudes à l'égard du suicide des étudiants des collèges canadiens et américains. Les étudiants des collèges canadiens étaient beaucoup plus susceptibles que leurs collègues américains de considérer le suicide comme « faisant partie de la vie courante ». Utilisant le même questionnaire auprès d'une population générale au Canada et aux États-Unis, Leenaars et Domino (1993) ont également observé ici des différences dans les attitudes, mais pas aussi marquées que chez les jeunes.

Des études qui comparent le Canada et d'autres pays dans le but de mieux comprendre les risques de suicide potentiels liés à la culture ont aussi été entreprises dans les dernières années. Dans une série d'études interculturelles qui comparent le Canada et les États-Unis, Leenaars et ses collaborateurs (Leenaars, 1992; Leenaars et Lester, 1994; Leenaars, 1995; Leenaars et Lester, 1995; Sakinofsky et Leenaars, 1997) ont relevé des différences claires entre ces deux pays voisins, dont certaines peuvent aider à expliquer des différences dans les profils suicidaires. D'autres études interculturelles ont comparé les idées suicidaires des étudiants des collèges au Canada et au Japon (Heisel et Fuse, 1999). Cantor, Leenaars, Lester et leurs collaborateurs (1996) ont comparé les taux et tendances associés au suicide au Canada à ceux qui sont observés dans sept autres pays.

Lester et Leenaars (1998) ont examiné la relation écologique entre les suicides, les homicides et les décès accidentels par arme à feu dans les provinces canadiennes. Ils ont mis au jour une corrélation positive à l'égard de chacune de ces trois causes de décès, et ils ont vu dans ce résultat la preuve de l'existence au Canada d'une sous-culture régionale de la violence faisant intervenir des armes à feu.

4b. Populations à risque particulières

Outre la recherche portant sur des populations cliniques précises (laquelle a été résumée dans la section précédente), plusieurs autres groupes ont été identifiés dans les études empiriques comme présentant un risque élevé de suicide, y compris les jeunes, les personnes âgées, les Autochtones, les gais et lesbiennes et les personnes incarcérées. Chacune de ces populations a fait l'objet d'études en fonction de plusieurs perspectives différentes dans l'espoir de déterminer les facteurs de risque ou de protection précis qui leur sont associés par rapport au suicide. Des études canadiennes portant sur certaines populations à haut risque sont résumées ci-dessous. Les recensions des écrits pertinents (p. ex., Kirmayer 1994; Clarke, Frankish et Green, 1997) ne sont pas incluses ici.

Jeunes

deMan et ses collaborateurs (1992, 1993) ont examiné les risques de suicide chez des adolescents canadiens français en fonction d'un éventail de variables, y compris le stress et le soutien social. Bagley a apporté une contribution de taille à la recherche sur le suicide au Canada. Il est particulièrement pertinent de noter ici l'étude qu'il a faite d'une série de facteurs associés au suicide des jeunes (1989, 1992), notamment le rôle de l'agression sexuelle comme facteur de risque lié à un comportement suicidaire (1995, 1997). McBride et Siegel (1997) ont trouvé des preuves préliminaires suggérant une association entre le suicide des adolescents et les difficultés d'apprentissage. Barber (2001) s'est fondé sur une « hypothèse de détresse absolue » comme façon de rendre compte de la suicidalité chez les jeunes et il a constaté que le risque suicidaire chez les jeunes hommes est plus grand quand ceux qui les entourent sont perçus comme étant plus favorisés. Des chercheurs en Ontario (Kidd, 2001; Kidd et Kral, 2002) ont étudié la signification du suicide chez les jeunes de la rue et chez les jeunes qui s'adonnent à la prostitution. Les thèmes principaux qui revenaient dans les récits des participants comprenaient des sentiments d'inutilité, de solitude et de désespoir.

Personnes âgées

À l'autre bout du continuum de l'âge, des chercheurs canadiens ont consacré des études assez approfondies au suicide des personnes âgées. Duckworth et McBride (1996) ont examiné des dossiers de médecins légistes concernant le suicide de personnes âgées en Ontario et ont déterminé, entre autres, que les personnes âgées qui étaient mortes par suicide avaient rarement reçu un traitement psychiatrique avant leur décès. Des chercheurs en Colombie-Britannique ont examiné les effets des conditions météorologiques et des saisons sur les taux de suicide des personnes âgées (Marion, Agbayewa et Wiggins, 1999), tandis que des chercheurs en Alberta (Quan et Arboleda-Florez, 1999) ont utilisé des dossiers de médecins légistes pour décrire les caractéristiques des suicides complétés chez les personnes de plus de 55 ans, en accordant une attention particulière aux différences entre les hommes et les femmes. Dans une étude plus récente (Quan, Arboleda-Florez, Fick, Stuart et Love, 2002), des chercheurs ont examiné la relation entre le suicide et la maladie physique chez les personnes âgées. Dans l'examen de la relation entre les idées suicidaires et une gamme de variables personnelles et sociales, des chercheurs au Québec ont constaté que les idées suicidaires chez les personnes âgées étaient associées à une consommation d'alcool peu fréquente, au sexe, à la dépression, à l'isolement social et à l'insatisfaction en matière de santé et de soutien social (Mireault et de Man, 1996).

Autochtones

Les taux élevés de suicide chez les Autochtones du Canada ont suscité une série d'études dans les dernières années, dont bon nombre visaient à comprendre le suicide chez les Autochtones dans un contexte régional et culturel précis. Dans l'Ouest d'abord, plusieurs chercheurs ont étudié le suicide des Autochtones en Colombie-Britannique (Lester, 1996; Chandler et Lalonde, 1998; Cooper, Corrado, Karlberg et Adams, 1992). Cooper et ses collaborateurs (1992) ont examiné les circonstances entourant le suicide des Autochtones en Colombie-Britannique et ont constaté que les taux de suicide chez les Autochtones vivant en dehors des réserves se rapprochaient plus étroitement des taux observés dans la population en général. Dans une étude ultérieure sur les jeunes Autochtones en Colombie-Britannique, Chandler et Lalonde (1998) ont constaté que bien que le taux global de suicide chez les jeunes était plus élevé dans les collectivités autochtones comparativement à ceux de la population en général, plusieurs Premières nations avaient des taux de suicide faibles ou nuls. Ils ont conclu à l'existence d'une forte association entre ces collectivités ayant un faible taux de suicide chez les

jeunes et certains marqueurs de « continuité culturelle », notamment : progresser vers l'autonomie gouvernementale et le règlement des revendications territoriales, exercer un contrôle sur les services sociaux communautaires (c.-à-d. la police, l'éducation et les services de protection de l'enfance) et se livrer à des pratiques culturelles traditionnelles de guérison.

En Alberta, les corrélats de la suicidalité des adolescents chez les jeunes Autochtones ont été relevés puis comparés à ceux des jeunes non-Autochtones (Gartrell, Jarvis et Derckson, 1985). Une fois l'effet de l'âge neutralisé, les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide chez les Autochtones comprenaient une consommation abusive d'alcool, l'absence du père, des troubles du sommeil et un mal-être psychologique. Dans une étude sur de jeunes hommes autochtones vivant dans des réserves en Alberta, Bagley (1991) a constaté que la pauvreté et le suicide avaient une forte corrélation positive.

Au Manitoba, les caractéristiques du suicide d'Autochtones vivant dans des réserves ont été comparées à celles du suicide d'Autochtones vivant en dehors des réserves (Malchy, Enns, Young et Cox, 1997). Les résultats indiquaient qu'il n'y avait pas de différences significatives dans l'âge moyen, le sexe, le taux d'alcoolémie sanguine et les soins psychiatriques antérieurs entre les Autochtones qui s'étaient suicidés pendant qu'ils vivaient dans une réserve et ceux qui l'avaient fait quand ils vivaient hors réserve. Un examen, échelonné sur cinq ans, de tous les suicides des jeunes a été effectué au Manitoba (Sigurdson, Staley, Matas, Hildahl et Squair, 1994), tout comme une étude du suicide et du parasuicide dans une collectivité autochtone éloignée dans le Nord (Ross et Davis, 1986).

Le suicide et la détresse psychologique dans les collectivités autochtones en Ontario et au Québec ont également fait l'objet d'études. Par exemple, Spaulding (1985) a analysé les taux de suicide dans dix bandes d'Indiens Ojibwa dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Au Québec, Barss (1988) a résumé les circonstances entourant les suicides complétés et les tentatives de suicide chez les Cris de la baie James, tandis que Kirmayer et ses collaborateurs (2000) ont recensé les facteurs précis de risque et de protection associés à la détresse psychologique dans cette population.

Le suicide et les comportements suicidaires chez les Inuits ont aussi été étudiés au cours des dernières années (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996; Kirmayer, Boothroyd et Hodgins, 1998; Kral *et al.*, 2000; Leenaars, 1995; Leenaars, Anawak, Brown, Hill-Keddie et Taparti, 1999). Les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les jeunes Inuits comprennent : la consommation de drogue (solvants, cannabis, cocaïne), l'abus récent d'alcool, les problèmes psychiatriques et un nombre plus élevé d'événements stressants dans la dernière année. La fréquentation régulière de l'église était associée négativement aux tentatives de suicide (Kirmayer *et al.*, 1998). Les récits de suicides faits directement par les aînés inuits, leur détresse et leur guérison dans l'Arctique oriental ont été recueillis dans une série de témoignages qui ajoutent une riche dimension à notre corpus de connaissances actuelles (Kral *et al.*, 2000; Leenaars, 1995). Leenaars *et al.* (1999) ont étendu ce champ d'étude en recueillant non seulement des récits de certains Inuits, mais aussi de certains Aborigènes en Australie. Ces comparaisons internationales font ressortir de riches similitudes entre les deux peuples en ce qui concerne le malaises, liées par exemple aux perturbations sociales et culturelles causées par les politiques colonialistes du Canada et de l'Australie.

En examinant plus globalement la question du suicide des Autochtones au Canada, Lester (1995a) a constaté qu'il n'y avait pas d'association entre la proportion d'Autochtones vivant dans une région en particulier et le taux global de suicide.

Gais et lesbiennes

La recherche canadienne sur l'orientation sexuelle et le risque suicidaire s'est principalement concentrée sur les hommes gais. Par exemple, Bagley et Tremblay (1996) ont constaté que les taux de tentative de suicide chez les jeunes hommes gais de leur échantillon se situaient entre 20 % et 50 %. D'après une enquête menée à Calgary, ces auteurs ont trouvé des taux considérablement plus élevés d'idées et de gestes suicidaires antérieurs chez les hommes d'orientation homosexuelle que chez les hommes hétérosexuels (Bagley et Tremblay, 1997). Dans une étude canadienne plus récente sur les hommes gais et bisexuels, un peu moins de la moitié des sujets ont rapporté avoir envisagé le suicide, alors qu'environ 20 % ont dit avoir essayé de se suicider au moins une fois (Botnick et al., 2002).

Populations carcérales

Plusieurs études canadiennes récentes ont examiné le risque suicidaire chez les prisonniers. Bland, Newman, Dyck et Orn (1990), à Edmonton, ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques et des tentatives de suicide chez les prisonniers, tandis que Lester (1995b) s'est attardé aux taux globaux de suicide chez les prisonniers canadiens. Green et ses collaborateurs (1993) ont résumé les caractéristiques les plus communes des suicides complétés chez les prisonniers incarcérés dans des établissements fédéraux et ils ont remarqué que les suicides n'étaient pas associés à l'âge, à l'infraction, aux condamnations précédentes ou à la durée de la peine. Dans une étude ultérieure, les facteurs de risque suivants associés au suicide des détenus ont été précisés après examen des décès par suicide dans les établissements fédéraux : longs démêlés avec le système de justice pénale, plus grande probabilité d'être incarcéré pour vol qualifié ou meurtre et implication dans des incidents graves dans les institutions (Laishes, 1997). Plus récemment, Fruehwald et ses collaborateurs (2001) ont fait des recherches sur la pertinence des comportements suicidaires antérieurs pour comprendre le suicide complété chez les prisonniers canadiens.

4c. Déterminants de la santé

Les études de cette catégorie sont examinées ci-dessous dans les rubriques suivantes : développement de l'enfant, soutien social ainsi que professions et conditions de travail. Les recensions des écrits concernant les déterminants de la santé et le suicide (c.-à-d. Dyck, Mishara et White, 1998) ainsi que les études fondées sur des données probantes concernant l'association entre le chômage et le suicide (Jin, Shah et Svoboda, 1996) ne sont pas incluses ici.

Développement de l'enfant

Dans des études portant sur la compréhension qu'ont les enfants de la mort et du suicide, des chercheurs du Québec ont constaté que chez les enfants de première, troisième et cinquième années qui connaissaient la signification du suicide, le concept était relié à l'âge, au concept de la mort et aux expériences personnelles de la mort (Normand et Mishara, 1992). Dans une étude ultérieure, Mishara (1999) a constaté que dès la troisième année, les enfants avaient une compréhension passablement élaborée du suicide et que la plupart des enfants se renseignent sur le suicide en regardant la télévision et à partir de discussions avec d'autres enfants.

Soutien social

Hanigan et des collaborateurs (1986) ont étudié la relation entre les comportements suicidaires de jeunes adultes et le niveau et la qualité du soutien qu'ils ont reçu de leur milieu social après un événement stressant crucial. Plus tard, Tousignant et Hanigan (1993) ont examiné le rôle du

soutien social chez des étudiants suicidaires du collégial qui venaient de perdre un amoureux ou un ami proche. Ils ont constaté que le groupe suicidaire nommait un moins grand nombre de personnes importantes dans le réseau de la parenté et avait plus de conflits avec les membres de ce réseau que le groupe non suicidaire. Par ailleurs, dans une étude plus récente, Stravynski et Boyer (2001) se sont penchés sur le concept de la solitude et de sa relation avec le suicide. Ils ont observé de fortes associations entre les idées suicidaires, le parasuicide et les expériences subjectives et objectives associées au fait d'être solitaire et seul.

Professions et conditions de travail

Une série d'études ont été menées au Canada dans les dernières années pour déterminer si certains groupes professionnels présentent des risques élevés de suicide. Par exemple, Loo (1986) a examiné les risques de suicide dans la GRC et a constaté que le taux de suicide annuel moyen était environ la moitié de celui de la population générale comparable. Le revolver de service était la méthode la plus communément utilisée par les agents qui s'enlevaient la vie.

Sakinofsky (1987) a étudié les taux de suicide chez les médecins et a comparé leurs ratios de mortalité normalisés d'après l'âge avec ceux d'autres groupes professionnels.

Dans une étude portant sur les caractéristiques du suicide chez les exploitants agricoles canadiens, y compris les risques posés par l'exposition à des dangers précis comme les pesticides, Pickett et ses collaborateurs (1993, 1998, 1999) ont constaté que les taux de suicide provinciaux chez les exploitants agricoles étaient généralement plus faibles que ceux des Canadiens en général ou équivalents à ceux-ci. En outre, des analyses ont révélé qu'il n'y avait aucune association entre le suicide et l'exposition à des herbicides ou à des insecticides.

Baris, Armstrong, Deadman et Thériault (1996) ont étudié les risques de suicide chez les travailleurs des services d'électricité et n'ont pas trouvé de preuves solides d'association causale entre l'exposition aux champs électriques et le suicide dans ce groupe particulier.

Enfin, dans une étude récente sur les risques de suicide chez les gardiens de la paix des Nations Unies, Wong et ses collaborateurs (2001) n'ont trouvé aucun risque accru de suicide chez les casques bleus canadiens. Le taux de suicide chez les hommes de ce groupe de militaires était deux fois moins élevé que dans un groupe de comparaison formé de civils canadiens. Un apparent risque accru dans un sous-groupe du personnel de la force aérienne n'était pas associé aux risques associés à la vie militaire mais à des problèmes personnels liés par exemple aux relations interpersonnelles et à la situation financière, et peut-être aussi à la solitude et l'isolement. Le personnel de la force aérienne n'était pas assujéti aux procédures détaillées de pré-sélection et de formation qui étaient imposées à leurs collègues de l'armée et débouchaient sur le développement de liens et le soutien mutuel. Ces auteurs suggèrent que les activités de maintien de la paix en elles-mêmes n'accroissent pas le risque global de suicide, mais que le mode de vie militaire peut mettre à l'épreuve les relations interpersonnelles, favoriser l'abus d'alcool et contribuer à la maladie psychiatrique et au suicide chez une minorité d'individus vulnérables.

5. Information sur la santé et épidémiologie

Beaucoup d'études de cette catégorie chevauchent en grande partie les études présentées dans la section précédente sur la santé des populations. Cependant, les études incluses ici découlent surtout de la tradition épidémiologique, c.-à-d. qu'elles portent sur les taux de prévalence, les profils de distribution de la morbidité et de la mortalité au niveau de la population et les analyses des taux de suicide et des tendances au fil du temps. Environ une cinquantaine d'études ont été publiées dans cette catégorie au cours de la période visée. Pour faciliter la discussion, les études sont présentées sous les rubriques suivantes : analyses nationales et régionales des statistiques sur la mortalité, prévalence des comportements suicidaires et études des méthodes.

5a. Analyses nationales et régionales des statistiques sur la mortalité

À partir de l'étude des taux de suicide en fonction d'une analyse des cohortes de naissances (Lester, 1988; Reed, Camus et Last, 1985), on peut dire que l'intérêt à étudier les taux de suicide à l'échelle nationale au Canada existe depuis longtemps et se maintient. Certains chercheurs ont examiné les tendances globales des taux de suicide au Canada (Beneteau, 1988; Chipeur et Von Eye, 1990; Lester, 2000), tandis que d'autres se sont penchés sur des facteurs contributifs plus précis : l'âge, le sexe et la région géographique (Dyck, Newman et Thompson, 1988); le pays d'origine (Strachan, Johansen, Nair et Nargundkar, 1990); les taux de natalité (Lester, 2000); les facteurs socio-démographiques (Hasselback, Lee, Mao, Nichol et Wigle, 1991); les effets âge-période-cohorte (Newman et al., 1988; Trovato, 1986); les tendances particulières au sexe (Hutchcroft et Tanney, 1988, 1990) et la taille de la cohorte (Leenaars et Lester, 1996). D'autres études nationales se sont fondées sur des analyses chronologiques (Lester, 1997) ou de vastes perspectives épidémiologiques (Mao, Hasselback, Davies, Nichol et Wigle 1990) pour examiner les suicides au Canada, tandis que d'autres se sont attardées au phénomène des meurtres suicides (Gillespie, Hearn et Silverman, 1998).

En examinant les taux de suicide à l'échelle provinciale et régionale, les chercheurs au Canada ont pu suivre les tendances importantes et faire ressortir des différences interprovinciales. Par exemple, des chercheurs en Ontario ont analysé les taux de suicide dans cette province de 1877 à 1976 (Barnes, Ennis et Schrober, 1986), tandis que d'autres se sont penchés sur les taux de suicide au Québec de 1951 à 1986 (Lester, 1995b). D'autres chercheurs au Québec ont examiné les taux de suicide dans une région particulière de la province pour la période de 1986 à 1991 (Caron, Grenier et Béguin, 1995) ou dans des groupes d'âge précis (Chiefetz, Posener, LaHaye, Zajdman et Benierakis, 1987). Isaacs et ses collaborateurs (1998) ont effectué une analyse descriptive de tous les suicides dans les Territoires du Nord-Ouest, et Aldridge et St. John (1991) ont étudié les taux de suicide des enfants et des adolescents à Terre-Neuve et au Labrador. Des chercheurs au Québec ont examiné de près les homicides qui sont suivis d'un suicide (Buteau, Lesage et Kiely, 1993; Bourget, Gagne et Moamai, 2000), tandis que des chercheurs de l'Alberta (Davies et Wilkes, 1993) et du Manitoba (Wilkie, Macdonald et Hildahl, 1998) ont fait des recherches sur le phénomène des suicides en série.

5b. Prévalence des comportements suicidaires

Plusieurs chercheurs canadiens ont mené des études épidémiologiques de grande envergure dont le but est d'estimer la prévalence des comportements suicidaires dans des populations particulières. Bland et ses collaborateurs ont examiné les dossiers de fréquentation des hôpitaux pour estimer la prévalence des comportements parasuicidaires à Edmonton, en Alberta, et ont trouvé que 466 personnes âgées de 15 ans et plus sur 100 000 tentaient de se suicider chaque année (Bland, Newman et Dyck, 1994). Newman et Bland (1988) ont par

ailleurs constaté que le risque suicidaire variait le long du spectre des troubles affectifs. D'autres chercheurs de l'Alberta (Ramsay et Bagley, 1985) se sont fondés sur une enquête communautaire pour mieux comprendre l'association entre les comportements suicidaires, les attitudes et les expériences dans une population adulte à Calgary.

Utilisant les données recueillies dans l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, Joffe et ses collaborateurs (1988) ont constaté qu'entre 5 % et 10 % des garçons âgés de 12 à 16 ans rapportaient avoir eu des gestes suicidaires dans une période de six mois. Chez les filles du même âge, ce pourcentage augmentait pour se situer entre 10 % et 20 %. Dans une étude sur les adolescents ayant tenté de se suicider, Grossi et Violato (1992) ont noté que l'absence d'une personne proche sur le plan affectif différenciait le jeune suicidant de celui qui n'avait jamais tenté de se suicider. Plusieurs chercheurs du Québec ont examiné les taux de prévalence des idées et des comportements suicidaires chez les jeunes de cette province (Bouchard et Morval, 1988; Coté, Provonost et Ross, 1990; Coté, Provonost et Larochelle, 1993; Pronovost, Coté et Ross, 1990). Enfin, un profil national des blessures intentionnelles et non intentionnelles chez les peuples autochtones au Canada a récemment été publié pour la période de 1990 à 1999 (Santé Canada, 2001).

5c. Études des méthodes

Dans un effort visant à éclairer les possibilités de prévention, plusieurs études canadiennes ont analysé les méthodes utilisées par les personnes mortes par suicide au Canada. Par exemple, Avis (1993, 1994) a résumé les caractéristiques les plus communes des suicides par balle et par noyade. Au Québec, des chercheurs ont analysé en rétrospective les circonstances entourant les décès par suicide à un pont particulier (Prevost, Julien et Brown, 1996), tandis que Mishara (1999) a analysé une série de suicides dans le métro de Montréal.

Examinant des méthodes plus rares de suicide, Bullock et Diniz (2000) se sont attardés aux cas d'asphyxie à l'aide d'un sac de plastique en Ontario, Ross et Lester (1991) ont étudié les suicides aux chutes Niagara tandis que Shkrum et Johnston (1992) ont analysé les décès par immolation au cours d'une période de trois ans.

Enfin, Killias (1993) s'est penché sur l'association entre le fait de posséder une arme à feu et les taux de suicide et d'homicide. Plusieurs autres recherches canadiennes ont examiné plus particulièrement l'effet sur le suicide de la législation sur le contrôle des armes à feu, et ces études seront passées en revue dans la prochaine section.

6. Développement des connaissances et recherche sur les politiques

Cette catégorie de recherches limitée mais importante met l'accent sur des aspects pratiques comme les méthodes de recherche et la diffusion des résultats. Sont également incluses ici les études épistémologiques qui portent sur ces deux aspects, c'est-à-dire le « comment savons-nous? », ainsi que les études qui visent à déterminer « quelles sont les connaissances qui comptent ». Les quelques études qui ont été publiées en ce domaine l'ont été dans les cinq dernières années. La recherche sur les politiques, y compris l'examen de certains effets de la législation sur les taux de suicide au Canada, fait également partie de cette catégorie. Deux sous-rubriques sont utilisées pour revoir les 16 études de cette catégorie : questions de recherche et développement des connaissances, et recherche sur les politiques.

6a. Questions de recherche et développement des connaissances

Les études mentionnées dans cette catégorie sont assez diversifiées et comprennent celles qui portent sur des questions de recherche particulières ainsi que celles qui explorent les bases philosophiques et éthiques de certaines traditions de recherche et méthodes de prévention.

Au niveau le plus pratique se trouvent les études qui portent expressément sur les aspects méthodologiques des recherches sur le suicide. Par exemple, Speechley et Stavratsky (1991) ont soulevé des questions au sujet de la pertinence des statistiques sur le suicide pour les fins de la recherche épidémiologique. Malgré des preuves de sous-déclaration, ces auteurs ont conclu que la sous-déclaration n'est pas suffisamment importante pour menacer la validité globale des taux de suicide officiellement déclarés.

Plus récemment, van Reekum et Links (1997) ont mis en lumière certaines considérations importantes en matière de recherche dans l'étude de l'impulsivité et du suicide, tandis que Breton et ses collaborateurs (2002) ont relevé l'importance de recourir à des corrélats du comportement suicidaire propres aux informateurs dans le développement de la recherche et des interventions visant le comportement suicidaire des jeunes.

Une autre piste de recherche sur le suicide comprend les études qui portent sur le processus même du développement des connaissances. Nous incluons ici l'étude de Ramsay et de ses collaborateurs (1990), qui, à l'aide du modèle de recherche de développement de Rothman, ont examiné rétrospectivement le modèle de formation des sentinelles en prévention du suicide utilisé en Alberta et élaboré par Living Works Inc. Plus récemment, Breton (1999) a analysé une série de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention mis en œuvre partout au Canada, et il a constaté un manque distinct de cohérence conceptuelle ainsi que beaucoup de confusion quant aux objectifs appropriés des programmes. Breton (1999) affirme que pour remédier à certaines de ces difficultés, il faudrait peut-être acquérir une nouvelle compréhension des problèmes de santé mentale qui touchent les enfants et les jeunes.

S'inspirant de cette piste de recherche, Schrecker et ses collaborateurs (2001) ont récemment publié un article qui soulève d'importantes questions sur la façon dont les méthodes et modèles courants de recherche sur la prévention peuvent orienter notre attention à l'égard de certaines dimensions particulières du risque tout en dissimulant peut-être d'autres facteurs contributifs à l'émergence d'une vulnérabilité globale. Plus particulièrement, ces auteurs laissent entendre que les approches biologiques et biomédicales ont tendance à dominer la recherche et ont pour effet de nous faire perdre de vue la santé publique. En outre, ils croient que les discussions sur la santé publique et sur la maladie mentale devraient porter non seulement sur la prévention, mais aussi sur la réduction du risque social.

6b. Recherche sur les politiques

Plusieurs études canadiennes ont expressément analysé l'effet du projet de loi C-51 sur les suicides commis à l'aide d'une arme à feu au Canada. Cette législation a été adoptée en 1977 afin de restreindre l'utilisation des armes à feu au Canada, et beaucoup de chercheurs ont fait l'hypothèse qu'elle aurait des répercussions favorables en réduisant le nombre de suicides commis à l'aide d'une arme à feu au Canada.

Dans l'une des premières études sur le sujet, Rich et ses collaborateurs (1991) ont examiné les taux et les méthodes de suicide à Toronto (Ontario) cinq ans avant et cinq ans après l'entrée en vigueur des mesures législatives sur le contrôle des armes à feu. Ils ont constaté que ces mesures législatives avaient entraîné une diminution globale des suicides commis à l'aide d'une arme à feu chez les hommes, mais que cette différence était apparemment neutralisée par une augmentation des suicides commis en sautant d'un lieu élevé, ce qui appuyait de façon préliminaire l'hypothèse d'une substitution de la méthode.

D'après Lester et Leenaars (1993), qui ont analysé les données canadiennes, il y a eu une tendance à la baisse du taux global de suicide commis à l'aide d'une arme à feu et du pourcentage de suicides de ce type après l'adoption du projet de loi C-51. Carrington et Moyer (1994) ont analysé les données sur les décès par suicide en Ontario avant et après l'adoption des mesures législatives sur le contrôle des armes à feu et ils ont observé une tendance globale à la baisse du nombre de suicides commis à l'aide d'une arme à feu, sans relever de preuve concomitante de substitution de la méthode. Leenaars et Lester (1998) ont effectué une analyse approfondie des études sur les mesures législatives sur le contrôle des armes à feu au Canada et ont conclu que bien que ces mesures aient pu avoir une incidence sur le taux de suicide commis à l'aide d'une arme à feu, d'autres études étaient nécessaires. Par ailleurs, Carrington (1999) a réanalysé les données antérieures résumées par Lester et Leenaars et a contesté certains de leurs résultats originaux. Qui plus est, d'autres comparaisons internationales étendues ont mis en évidence la grande utilité que présente le contrôle de l'environnement dans la réduction du suicide (Leenaars et al., 2000). Les approches axées sur la santé publique semblent être les plus efficaces pour réduire le suicide, cela non seulement au Canada, mais partout dans le monde.

En plus d'examiner la question de la disponibilité des armes à feu au Canada et de son effet sur le taux global de suicide et d'homicide (Lester, 1994, 2000), Lester a aussi examiné de façon plus générale l'effet de la décriminalisation du suicide au Canada (1992).

Enfin, une autre étude canadienne s'est penchée sur les répercussions des politiques provinciales sur l'élaboration de programmes destinés à prévenir les problèmes de santé mentale (Nelson, Prilleltensky, Laurendeau et Powell, 1996). Les auteurs ont conclu que bien que la rhétorique de la prévention filtrait à travers bon nombre des documents provinciaux sur les politiques, il n'y avait pas eu de réaffectation de fonds, dans le domaine de la santé, des services de traitement et de réadaptation vers les programmes de prévention, et que le financement des programmes de prévention demeurait minime.

B. Initiatives et étapes clés à l'échelle nationale

Voici un bref résumé des initiatives et étapes clés de l'histoire de la prévention du suicide à l'échelle nationale au Canada³.

Dixième congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide, 1979

Ce congrès a joué un rôle catalyseur en donnant lieu à la création de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS). En effet, les participants à cette rencontre ont décidé d'établir un comité directeur, en le chargeant d'examiner la viabilité d'une approche coopérative afin de promouvoir et de faciliter les activités dans le domaine de la prévention du suicide. Les tâches entreprises par ce comité directeur incluaient une évaluation des besoins, qui a permis de cerner les priorités de recherche suivantes : évaluation des programmes de prévention, évaluation des risques, psychologie du suicide et épidémiologie. Les répondants au questionnaire sur les besoins ont également précisé qu'il était important d'avoir un mécanisme pour échanger de l'information sur la recherche (Santé nationale et Bien-être social, 1987).

Rapports du Groupe d'étude canadien sur le suicide, 1987 et 1994

En 1979, Santé nationale et Bien-être social Canada a créé un Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. Les membres du Groupe d'étude se sont rencontrés en 1980 et ont produit le premier rapport national en 1987, *Le suicide au Canada : Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada*. Ce rapport détaillé donnait un aperçu de l'ampleur du problème à l'échelle nationale, examinait le corpus des connaissances épidémiologiques et étiologiques, présentait les résultats concernant des populations à haut risque particulières et proposait une série de recommandations recoupant des activités de prévention, d'intervention et de postvention. Neuf recommandations portaient sur la nécessité de faire avancer la recherche sur le suicide, notamment par l'établissement d'une vaste base de données nationale sur la mortalité, l'évaluation des méthodes actuelles de collecte des données afin de les uniformiser et d'accroître l'efficacité, la recherche interdisciplinaire sur l'efficacité des efforts de formation en prévention du suicide et la recherche multicentres et multidisciplinaire sur le suicide des jeunes. Certaines des recommandations qui figuraient dans le rapport initial du Groupe d'étude ont débouché sur des mesures concrètes (Tanney, 1995), mais la plupart des recommandations n'ont donné lieu qu'à très peu de réalisations, plus de dix ans après (Leenaars et al., 1998). En 1994, une mise à jour du rapport initial a été produite, et bon nombre des recommandations initiales ont été reprises et renforcées.

Association canadienne pour la prévention du suicide

Les efforts visant à établir une association nationale vouée à la prévention du suicide et à l'étude du comportement suicidaire ont débuté en 1985 avec la constitution en personne morale de l'Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS). En 1988, l'organisation avait

³ Pour un examen plus détaillé des initiatives canadiennes dans la prévention du suicide, voir Leenaars, A. (2000), *Suicide Prevention in Canada: A history of a community approach*, « Revue canadienne de santé mentale communautaire », 19(2), p. 57-73.

élu son premier président, M. Antoon Leenars, et un conseil d'administration avait pris des règlements officiels et dressé un plan quinquennal afin d'orienter son avenir. La vision initiale de l'ACPS était de promouvoir, au Canada, des activités visant à réduire l'incidence du suicide et ses effets.

L'ACPS organise des conférences annuelles dans des villes canadiennes depuis 1990. Elle décerne des prix pour la recherche et pour la reconnaissance de services depuis 1992. Une série de sous-comités spécialisés existe depuis plusieurs années, notamment sur la recherche, les jeunes et les écoles, les endeuillés, les centres de crise et les étudiants. Le mandat de l'ACPS a très peu changé depuis sa création, et celle-ci est toujours déterminée à promouvoir et encourager l'élaboration d'activités de prévention du suicide, d'intervention et de postvention à l'échelle nationale, et à unir les personnes des différentes cultures du Canada pour en arriver à mieux comprendre le suicide et à réduire son impact.

Association québécoise de suicidologie

La première réunion de l'Association québécoise de suicidologie (AQS) a eu lieu en 1987 à Montréal. À cette réunion, les documents exposant la philosophie, les objectifs et les règlements généraux ont été adoptés, et le premier conseil d'administration a été élu. L'AQS a été constituée dans le but d'unir et de coordonner les efforts de plusieurs centres de prévention du suicide, qui travaillaient auparavant en vase clos. Au fil des ans, l'AQS a continué de croître pour devenir une vibrante organisation provinciale vouée à l'avancement de la prévention du suicide au Québec. En 1992, elle a modifié ses règlements généraux pour les rendre plus conformes à ceux de plusieurs autres associations provinciales. Au même moment, une première subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux permettait à l'AQS d'établir un bureau dont la principale fonction était de coordonner et d'appuyer les activités de l'organisation.

Réseau de lignes d'écoute téléphonique

L'une des premières lignes d'écoute téléphonique exploitées par des bénévoles au Canada a vu le jour à Sudbury, en Ontario. Peu de temps après, en 1967, le Distress Centre de Toronto ouvrait ses lignes d'écoute téléphonique (Leennars et al., 1998). Aujourd'hui, des services d'écoute téléphonique d'urgence ouverts 24 heures sur 24 sont établis dans la plupart des grandes villes du pays et en sont à diverses étapes de développement. Plusieurs centres d'écoute au Canada ont été agréés par l'American Association of Suicidology, et un mouvement est actuellement en cours pour examiner la viabilité d'un réseau de lignes d'écoute téléphonique au Canada (Ian Ross, communication personnelle).

Conférence des Nations Unies à Calgary, 1993

En 1993, lors d'une rencontre internationale sur la prévention du suicide, un groupe d'experts interrégional parrainé par les Nations Unies a été invité à élaborer des lignes directrices pour la création et la mise en œuvre de stratégies nationales de prévention du suicide. Cette rencontre, d'une durée d'une semaine, a eu lieu en Alberta et a réuni des représentants de 12 pays. L'ébauche des lignes directrices découlant de cette rencontre a été présentée aux Nations Unies et publiée plus tard sous le titre de *Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (Nations Unies, 1996). Les principaux éléments d'une stratégie nationale y étaient exposés et comprenaient les caractéristiques suivantes : politique gouvernementale, cadre conceptuel, buts et objectifs généraux, objectifs mesurables, mise en œuvre par des organismes communautaires et suivi et évaluation (Ramsay et Harrington,

2000). Un grand nombre de pays se sont servis de ce document comme plan détaillé pour élaborer leur stratégie nationale de prévention du suicide.

Réunion conjointe de l'Association internationale pour la prévention du suicide, de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, de l'Association québécoise de suicidologie et de Suicide-Action Montréal, 1993

Cette rencontre réunissait plus de 700 participants et a été une excellente occasion d'accroître les échanges a) entre les chercheurs canadiens francophones et anglophones et b) avec les chercheurs étrangers.

Choisir la vie. Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones, 1995

Une Commission royale a été créée afin d'enquêter sur le problème du suicide chez les peuples autochtones du Canada. Après la tenue d'audiences publiques d'une durée de 172 jours dans 96 collectivités au pays, la Commission royale a produit un rapport final qui résumait les résultats des audiences. Le rapport examine les taux de suicide chez les peuples autochtones et fait état de bon nombre des facteurs individuels, culturels, sociaux et historiques qui ont contribué à des taux élevés de suicide dans beaucoup de collectivités autochtones. Le rapport met en lumière plusieurs approches prometteuses qui sont adoptées par des collectivités autochtones au Canada afin de réduire le suicide, tout en signalant également certains obstacles possibles. Il se termine par une série de recommandations et une forte insistance sur les principes d'appropriation et de développement communautaires.

Congrès international francophone sur la prévention du suicide, 2000 et 2002

Le premier Congrès international francophone sur la prévention du suicide s'est déroulé à Québec, en 2000, et a réuni plus de 800 personnes. Le congrès avait été organisé par l'Association québécoise de suicidologie et le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'Université du Québec à Montréal. Une deuxième rencontre internationale francophone a eu lieu à Liège, en Belgique en 2002, et a attiré un nombre important de participants canadiens français. Une troisième rencontre francophone est prévue en France en 2004.

Première Conférence internationale sur les pratiques novatrices pour la prévention du suicide, 2004

Le CRISE organise, en collaboration avec Suicide-Action Montréal et l'Association internationale pour la prévention du suicide, la première Conférence internationale sur les pratiques novatrices pour la prévention du suicide, du 4 au 7 mai 2004 à Montréal.

Collaboration France-Québec

Il existe une collaboration continue entre la France et le Québec pour la prévention du suicide, qui inclut des composantes de recherche dans le cadre du Projet de coopération France-Québec. Il y a eu des échanges dans des domaines comme le suicide dans le métro

(Montréal et Paris), le contrôle des armes à feu et l'évaluation des programmes de formation. La collaboration est en train de s'élargir dans certains domaines pour inclure la Belgique.

Dans le domaine de la santé publique, le Réseau international francophone de prévention des traumatismes et des accidents (REFIPS) a organisé plusieurs activités, dont des séminaires annuels, et plus précisément des séminaires de recherche et des conférences internationales sur le suicide, dans le cadre de ses activités sur la prévention des blessures. La dernière réunion a eu lieu à Montréal en 2002 et la prochaine se tiendra au Liban. La sixième Conférence mondiale sur la prévention des blessures avait pour thème « Blessures, suicide et violence » et s'est déroulée à Montréal en mai 2002. Elle a réuni plus de 1 600 participants de partout dans le monde. Au cours de cette conférence se sont tenues bon nombre de séances sur la recherche sur le suicide, qui bénéficiaient d'un service de traduction simultanée.

Groupes de soutien aux endeuillés

Les personnes endeuillées à la suite d'un suicide offrent une perspective inestimable pour faire avancer le corpus des connaissances et améliorer les pratiques quotidiennes de prévention du suicide. Il y a plusieurs années déjà, l'ACPS s'est dotée d'un Comité des endeuillés, qui a permis aux endeuillés de faire connaître leurs intérêts particuliers à la communauté plus vaste des intervenants en prévention du suicide. Les conférences annuelles de l'ACPS ont été un important moyen pour les endeuillés, les professionnels de la santé mentale et les chercheurs d'échanger entre eux. Cependant, il est probablement juste de dire que les intérêts des endeuillés ont souvent été mal compris, c.-à-d. que leurs besoins ont d'ordinaire été réduits à l'accès à des services de soutien, alors qu'ils ont un rôle valable à jouer dans la promotion des programmes de prévention du suicide et l'éducation de la société sur les changements qu'il faut apporter au système global de santé mentale (Bonny Ball, communication personnelle).

Unités de recherche

Plusieurs unités de recherche spécialisée qui se consacrent expressément à l'étude du suicide ont été créées au Canada dans les dernières années, notamment : le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) à l'Université du Québec à Montréal, la Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie à l'Hôpital St. Michael de Toronto et le Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil au Centre de recherche Fernand-Séguin à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal et le Groupe McGill d'études sur le suicide. Chacun de ces centres sera décrit brièvement ci-dessous⁴.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie

Le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) est une unité de recherche affiliée à l'Université du Québec à Montréal (Montréal, Québec, Canada) qui regroupe des chercheurs, des praticiens et des étudiants de toute la province. Le Centre est unique en ce sens que tous les projets supposent la collaboration de chercheurs sur le suicide et d'organismes communautaires. Les membres du CRISE abordent le phénomène du suicide sous l'angle du modèle social écologique mis au point par Uri Bronfenbrenner. Selon cette approche, le phénomène complexe du comportement suicidaire peut être compris en termes d'échanges réciproques entre des individus et diverses influences socio-environnementales.

⁴ La description de ces trois centres se fonde sur l'information fournie dans leur site Web respectif.

Chaire Arthur Sommer Rotenberg, Université de Toronto

La Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie (Arthur Sommer Rotenberg Chair in Suicide Studies) est un programme universitaire qui relève du département de psychiatrie de l'Université de Toronto. Les bureaux de la Chaire se trouvent à l'Hôpital St. Michael, centre de santé urbain situé au centre-ville de Toronto. À cette chaire de recherche en suicidologie est associée la mission de faire des recherches afin de mieux comprendre les divers facteurs biologiques, psychologiques et sociologiques du comportement suicidaire et de mettre en place des mesures sociétales et cliniques en soins de santé visant à réduire les pertes et les souffrances résultant du suicide et du comportement suicidaire. L'équipe multiprofessionnelle de la Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie est dirigée par le D^r Paul S. Links, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, et comprend des professionnels de recherche et de soins de santé représentant les domaines de l'épidémiologie, la psychiatrie, la psychologie, le service social et la sociologie.

Groupe McGill d'études sur le suicide

Établi à Montréal, et affilié à la fois à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé, le Groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) est la seule unité de recherche de ce genre au Canada. Il possède l'une des plus importantes collections au monde d'échantillons d'ADN de personnes mortes par suicide. Dirigé par le Dr Gustavo Turecki, le GMES compte cinq chercheurs indépendants et plus de vingt associés de recherche oeuvrant dans une vaste gamme de disciplines allant de l'histopathologie à la psychologie clinique, en passant par les soins infirmiers psychiatriques et la technologie de laboratoire. Le GMES a pour mandat d'étudier les facteurs de risque biologiques, comportementaux et cliniques associés au suicide.

Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal.

Le Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil est financé par le Fonds de recherche en santé du Québec. Il fait partie du Centre de recherche Fernand-Séguin depuis 1994. Une des principales missions du Centre est d'entreprendre divers projets de recherche qui portent sur le suicide, les morts violentes et le deuil. Le suicide et les accidents sont les principales causes de décès chez les hommes adultes. Il est donc essentiel de mieux définir les facteurs de risque associés à ces décès afin de pouvoir les prévenir. C'est donc dans cet esprit qu'un groupe de chercheurs a entrepris un programme de recherche afin d'évaluer les dimensions neurobiologiques, psychologiques et génétiques de ce type de mortalité.

Parmi les autres centres de recherche canadiens importants figurent le Centre for Suicide Studies (Centre de suicidologie) de l'Hôpital Douglas, affilié à l'Université McGill de Montréal, le Suicidology Research Group (Groupe de recherche en suicidologie) de l'Université Windsor, le Centre for Addiction and Mental Health (Centre des toxicomanies et de la santé mentale) de l'Institut Clarke à Toronto, la Culture and Mental Health Research Unit (Unité de recherche sur la culture et la santé mentale) à l'Université McGill de Montréal et la Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit (MHECCU – Unité de consultation communautaire et d'évaluation de la santé mentale) à l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.

C. Commentaire de l'auteure

Les opinions exprimées dans la prochaine section sont celles de l'auteure. Par définition, le commentaire qui suit est partial et contextualisé. Il va de soi que le présent document amènera inévitablement le lecteur à poser des questions différentes et à faire des interprétations différentes, et que les participants à l'atelier de février le liront en fonction de leur propre optique. Le commentaire qui suit est donc offert dans le but de susciter des échanges de vues.

Recherche sur le suicide au Canada

De nombreux résultats de la recherche sur le suicide effectuée au Canada (ou au sujet de celui-ci) ont enrichi considérablement la base nationale et internationale des données probantes sur le sujet. En outre, il existe des signes évidents d'une volonté de collaborer pour entreprendre des recherches multidisciplinaires de grande qualité sur le suicide, ce qui suscite d'importantes nouvelles initiatives de recherche dans beaucoup de régions de ce pays.

Voici donc certaines des principales questions à se poser :

- À quels aspects les chercheurs sur le suicide au Canada consacrent-ils la plupart de leurs efforts?
- Quelles traditions et disciplines de recherche contribuent le plus au corpus des connaissances actuelles?
- Comment les initiatives de recherche au Canada s'articulent-elles avec les projets de recherche internationaux?
- Quelles sont les forces sur lesquelles nous pouvons miser et quelles sont les lacunes évidentes?
- Qu'est-ce que les activités de recherche au Canada révèlent sur la façon dont la problématique suicidaire y est envisagée et quelles sont les conséquences possibles de cette situation?

Les recherches canadiennes ont fréquemment visé à déterminer des facteurs de risque précis, les conditions antérieures et les voies possibles qui mènent au suicide. Les études ont bien souvent pris la forme d'examen d'envergure sur la mortalité ou d'études sur les autopsies psychologiques, dans lesquels des dossiers de médecins légistes et des rapports d'examen médicaux sont analysés de manière rétrospective pour y trouver des thèmes et des profils et sont parfois complétés d'entrevues avec des informateurs clés. Ces études ont aidé à préciser les facteurs de risque statistiques associés au suicide et à corroborer les études régionales et internationales. Par exemple, les facteurs de risque empiriquement validés et associés aux suicides complétés sont bien établis et comprennent : les troubles mentaux, les comportements suicidaires antérieurs, les antécédents familiaux de comportement suicidaire, l'impulsivité et l'isolement social. On a également déterminé que des populations particulières présentaient un risque élevé de suicide, notamment les individus atteints de troubles mentaux, les hommes, les jeunes, les personnes âgées, les gais et les lesbiennes, les Autochtones et les personnes incarcérées.

L'intérêt pour la problématique suicidaire du point de vue clinique ou du traitement a été considérable au cours de la période à l'étude. La plupart des études canadiennes publiées dans ce domaine ont été consacrées à la description des caractéristiques des populations cliniques à

risque suicidaire plutôt qu'à l'évaluation de l'efficacité de diverses approches en matière de traitement. Une plus grande attention est accordée à l'étude des effets d'interventions précises auprès de populations cliniques particulières à risque. Plusieurs études actuellement entreprises par la Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie portent expressément sur les effets de diverses interventions psychoéducatives, thérapeutiques et pharmacologiques sur la détresse affective et les comportements suicidaires dans des populations cliniques particulières, p. ex. les personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble de la personnalité limite.

Traditions et disciplines de recherche dominantes

La recherche sur le suicide est fermement enracinée dans le paradigme scientifique traditionnel, caractérisé par le souci de prédire, de contrôler et de comprendre. La recherche sur le suicide est communément entreprise par des chercheurs qui se trouvent dans des universités, et les disciplines suivantes contribuent à la plus grande partie des études : psychiatrie, psychologie, santé publique et sociologie. Les modèles de recherche sont d'ordinaire de nature quantitative; conformément aux tendances contemporaines qui proposent et favorisent des approches basées sur des preuves ou des données probantes, les études les plus « solides » sont censées être celles qui utilisent une forme de plan expérimental randomisé. Même si peu d'études portant sur la problématique du suicide peuvent faire appel de façon soutenue à des essais comparatifs randomisés (en raison de contraintes éthiques, de la nature multicausale du suicide et des défis associés à l'étude d'un phénomène à faible taux d'incidence), de tels essais sont toujours considérés comme la « norme d'excellence » pour faire progresser les connaissances.

Le suicide est un acte individuel qui se situe dans un contexte social, et il a donc donné lieu à deux approches distinctes concernant l'étude du phénomène. Les chercheurs axés sur l'individu, comme ceux qui mènent des recherches biomédicales et ceux qui examinent des dimensions psychologiques particulières du suicide, sont généralement intéressés à déterminer avec plus de précision les facteurs intrapersonnels et les facteurs génétiques individuels qui contribuent au suicide. Ces études ont des répercussions cliniques assez directes sur la façon dont nous intervenons auprès des individus suicidants.

Dans une optique plus macroscopique, les sociologues, les psychologues communautaires et sociaux et les spécialistes de la psychiatrie culturelle sont particulièrement préoccupés par la nature socialement contextualisée du suicide, et ces chercheurs se sont penchés sur les risques qui présentent un aspect historique et culturel en matière de suicide. Ces types de recherches soulèvent d'importantes questions sur la façon dont nous envisageons la problématique suicidaire ainsi que sur notre manière de planifier les programmes de prévention généraux.

Considérations

Les chercheurs canadiens ont fourni une importante base empirique pour concevoir des programmes de prévention et d'intervention, car ils ont aidé à attirer notre attention sur des groupes présentant un risque statistiquement élevé de mort par suicide. Cependant, étant donné la nature rétrospective de beaucoup de ces études d'envergure sur la mortalité, un grand nombre d'entre elles comportent un biais inhérent, c.-à-d. que puisque l'on sait dès le départ que le suicide sera l'aboutissement, il se peut que les chercheurs soient sursensibilisés à la présence de troubles mentaux et de psychopathologies.

Beaucoup d'études actuelles sur le suicide font partie d'un programme global de recherche, et plusieurs projets individuels sont menés dans le contexte d'une unité de recherche spécialisée

plus importante, dont trois se trouvent au Québec. Par exemple, les études associées à la Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie présentent un aspect clinique distinct et mettent l'accent sur la recherche en matière de services de santé. Par ailleurs, les chercheurs membres du CRISE apportent un aspect pragmatique à leurs recherches en collaborant avec des fournisseurs de services existants à la fois pour la conception et la réalisation de leurs études. Ces dernières sont explicitement arrimées à une tradition écologique qui reconnaît les multiples facteurs d'influence macroscopique sur le suicide et le comportement suicidaire. Les études comme celles qui sont dirigées par Gustavo Turecki, à l'Hôpital Douglas de l'Université McGill, visent à comprendre les aspects biomédicaux et génétiques du suicide. Enfin, les travaux scientifiques qui proviennent du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis H.-Lafontaine mettent l'accent sur le deuil, les services de santé et la recherche clinique.

Capacités et lacunes actuelles

Les forces individuelles et les talents collectifs des chercheurs canadiens qui étudient le suicide sont extraordinaires et beaucoup trop nombreux pour se prêter à une énumération détaillée. Quelques contributions remarquables seront toutefois mises en relief brièvement ci-dessous afin de souligner l'apport unique de certains chercheurs canadiens au corpus des connaissances globales sur le suicide.

Ressources et forces

Les chercheurs canadiens font figure de leaders dans l'avancement de notre compréhension des facteurs contributifs génétiques et biomédicaux associés au suicide (Hrdina, 1996; Turecki et al., 1999; 2001). En ce domaine, les travaux de Mishara et de ses collaborateurs (2000) ont été à l'avant-garde pour ce qui est de l'évaluation des services d'écoute téléphonique d'urgence. Les études épidémiologiques sur le suicide et le parasuicide entreprises par Bland et ses collaborateurs (Bland et al., 1994) ont été largement citées dans les études internationales. Les contributions apportées par les chercheurs cliniques au Canada (p. ex., Links, 2002; Paris, 1990; Sakinofsky et al., 1990) ont aussi été considérables, particulièrement en ce qui concerne l'enrichissement de nos connaissances au sujet des interventions auprès des patients suicidants atteints du trouble de la personnalité limite et auprès des personnes qui font des tentatives répétées de suicide. Les contributions remarquables d'Adam (Adam et al., 1996) sur le rôle de l'attachement et le comportement suicidaire ont été bien reçues à l'échelle internationale. La longue série d'études empiriques de Leenaars (1999) sur les notes de suicide nous a donné un aperçu unique de l'esprit suicidaire. L'établissement, par Alain Lesage et Monique Séguin, du Laboratoire d'étude sur le suicide et le deuil à Montréal, fait ressortir l'importance qui sera explicitement attribuée à l'étude des aspects particuliers du deuil consécutif à un suicide et qui viendra combler une lacune importante dans les études internationales sur le suicide. Les travaux de Breton et de ses collaborateurs (2002) visant à promouvoir une approche cohérente plus théorique pour l'évaluation des programmes dans le domaine de la prévention du suicide sont à la fois opportuns et importants. La recherche sur le suicide des Autochtones et des Inuits au Canada dans une perspective développementale, culturelle et anthropologique ainsi que socio-historique est très appréciée au Canada et ailleurs (p. ex., Chandler et Lalonde, 1998; Kirmayer et al., 1998; Kral et al., 2000). Les vastes facteurs de risque psychosociaux et les influences démographiques liées au suicide dans la population en général ont été bien exposés par des chercheurs de l'Alberta (p. ex., Bagley et al., 1995; Trovato, 1992), de l'Ontario (p. ex., Leenaars, 1995) et du Québec (de Man et al. 1993). Enfin, pour leur leadership incessant dans la prévention du suicide au Canada et pour le rôle qu'ils

jouent avec enthousiasme afin de faire avancer l'idée d'une stratégie nationale de recherche au Canada, il faut mentionner les contributions spéciales et importantes de Ron Dyck, Richard Ramsay et Bryan Tanney de l'Alberta ainsi que celles de Antoon Leenaars et Isaac Sakinofsky de l'Ontario.

Lacunes

La recherche sur l'action communautaire, la recherche participative, les grandes études multisites, la recherche longitudinale, la recherche sur les politiques, la recherche sur la production et la diffusion des connaissances et les études d'évaluation des programmes apparaissent rarement dans les écrits canadiens publiés sur le suicide. La recherche et les études sur le suicide dans le domaine de l'éducation ainsi que sous l'angle des sciences infirmières ou du service social sont rares malgré la pertinence de la prévention du suicide pour ces professions. Le deuil à la suite d'un suicide et les interventions cliniques efficaces auprès des endeuillés n'ont pas reçu beaucoup d'attention de la part des chercheurs canadiens. Malgré l'appel lancé il y a près de 20 ans afin de faire plus de recherche sur les programmes de prévention (Santé et Bien-être social Canada, 1987), les connaissances dans ce domaine continuent d'être limitées. Les études conçues pour évaluer les effets de modalités précises de traitement chez des individus suicidants, p. ex. la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie comportementale dialectique, sont moins courantes au Canada que dans d'autres parties du monde.

Peu d'études sur le suicide publiées au Canada sont rédigées par des femmes, par des membres des minorités raciales ou par des Autochtones.

Pour clore cette section, il vaut la peine de noter que la recherche sur le suicide pourrait peut-être servir à d'autres fins, qui seraient susceptibles d'ajouter une dimension importante à l'objectif traditionnel consistant à « prédire et contrôler ». Par exemple, dans la perspective d'une recherche sur la promotion de la santé, Buchanan (2000) laisse entendre que la théorie et la recherche peuvent servir à au moins cinq autres buts, notamment rendre les hypothèses explicites, comprendre, donner un sens, sensibiliser et critiquer.

La recherche comme produit et processus

Outre le fait de fournir un solide corpus de connaissances sur lequel appuyer nos décisions en matière de planification de programmes et d'intervention, la recherche officielle remplit aussi une importante fonction d'établissement de plans d'action, car elle oriente de façon sélective notre attention vers des concepts clés et des possibilités d'action. En d'autres mots, là où nous portons notre regard détermine souvent là où nous allons, et les recherches canadiennes sur le suicide ont eu tendance, du moins jusqu'à ce jour, à placer les questions suivantes au premier plan :

- détermination de la psychopathologie chez les individus suicidaires;
- reconnaissance des tendances suicidaires aux échelles provinciale et nationale;
- détermination des facteurs de risque précis chez des groupes à haut risque particuliers (principalement les jeunes, les personnes âgées, les Autochtones, les détenus et les personnes atteintes de troubles mentaux);
- mise en lumière des influences sociales et démographiques sur le suicide.

Les résultats des études de ce type sont souvent utilisés pour dresser des listes de facteurs de risque associés au suicide, qui vont des vastes influences sociales aux caractéristiques individuelles, listes qui sont ensuite offertes aux cliniciens et aux planificateurs comme guides

utiles pour les pratiques de prévention du suicide. Quoique certainement utiles, ces études peuvent aussi avoir l'effet non désiré de limiter l'orientation des praticiens et des cliniciens aux risques, aux déficits et à la psychopathologie.

De plus en plus d'attention est accordée aux facteurs de protection et à la création de milieux qui renforcent les compétences (Weissberg, Caplan et Harwood, 1991) comme ingrédients clés de la prévention du suicide, et il est encourageant de constater que les planificateurs de programmes tout comme les chercheurs canadiens (p. ex., Greenfield; Manion) contribuent à diriger notre attention vers la promotion de la résilience et le renforcement des capacités comme éléments importants de la prévention du suicide.

Appendice 1 : Déterminants de la santé⁵

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Revenu et situation sociale	L'état de santé s'améliore à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des revenus et dans la hiérarchie sociale. Le niveau de revenu détermine certaines conditions de vie, comme le logement et la capacité de se nourrir convenablement. C'est dans les sociétés prospères où les richesses sont équitablement réparties que l'on retrouve les populations les plus en santé.
Réseau de soutien social	<p>Le soutien apporté par les familles, les amis et les communautés est associé à une meilleure santé.</p> <p>Les réponses efficaces au stress et le soutien de la famille et des amis sont des éléments importants pour le maintien d'un milieu bienveillant et favorable, qui semble agir comme tampon contre les problèmes de santé.</p>
Niveau d'instruction	<p>L'état de santé s'améliore en fonction du niveau d'instruction.</p> <p>Plus on est instruit et plus on a de chances d'avoir un emploi et de le garder, et plus on a l'impression de maîtriser les circonstances de sa vie — déterminants clés de la santé.</p>
Emploi/conditions de travail	<p>Le chômage, le sous-emploi et le travail stressant sont associés à une dégradation de la santé.</p> <p>Les gens qui ont un meilleur contrôle sur leurs conditions de travail et qui subissent moins de stress lié aux exigences professionnelles sont en meilleure santé.</p>

⁵ Santé Canada, *Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population - Document de travail*. N° H39-391/1996F au catalogue, ISBN 0-662-25122-9.

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Environnements sociaux	<p>L'ensemble des valeurs et des normes en vigueur dans une société influe de diverses façons sur les pratiques sanitaires des individus et de l'ensemble de la population.</p> <p>En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la famille et de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d'éviter un grand nombre des risques pour la santé. Des études ont montré qu'un faible soutien affectif et une faible participation à la société sont associés à la mortalité attribuable à toute cause.</p>
Environnements physiques	<p>Les facteurs physiques du milieu naturel (p. ex., la qualité de l'eau et de l'air) ont une influence majeure sur la santé. Divers facteurs de l'environnement humain construit, comme l'habitation, la sécurité des lieux de travail et l'aménagement de la collectivité et du réseau routier ont aussi une influence importante sur la santé.</p>
Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	<p>Un environnement social qui permet de faire des choix judicieux en matière de santé et de mode de vie et de s'y conformer, et qui favorise l'acquisition des connaissances, des attitudes, des comportements et de la capacité d'adaptation nécessaires pour mener une vie saine est un important déterminant de la santé.</p> <p>La recherche dans des secteurs comme les maladies du cœur et l'enfance défavorisée fait ressortir encore davantage le poids des facteurs biochimiques et physiologiques dans le lien entre l'expérience socio-économique de l'individu et son état vasculaire et d'autres événements de santé négatifs.</p>
Sain développement dans l'enfance	<p>Les expériences vécues avant la naissance et pendant la petite enfance ont un effet prononcé sur la santé, le bien-être, la capacité d'adaptation et les compétences. Les enfants nés de familles à faible revenu sont plus susceptibles d'avoir un faible poids à la naissance, de manger des aliments moins nourrissants et d'avoir des problèmes à l'école que ceux nés de familles à revenu élevé.</p>

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Patrimoine biologique et génétique	La constitution biologique et organique de l'organisme humain est un déterminant fondamental de la santé. L'individu est héréditairement prédisposé, de par son patrimoine génétique, à une vaste gamme de réponses individuelles qui influent sur son état de santé. Sans nier l'incidence prononcée des facteurs socio-économiques et environnementaux sur la santé globale, il n'en reste pas moins que, dans certaines circonstances, le patrimoine génétique semble prédisposer certains individus à des maladies ou à des problèmes de santé particuliers.
Services de santé	Les services de santé, notamment ceux qui visent à protéger et à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, contribuent à la santé de la population.
Sexe	La notion de « sexe » désigne ici l'ensemble des rôles, des traits de personnalité, des attitudes, des comportements et des valeurs socialement déterminés, de même que les pouvoirs et influences relatifs que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle. Des normes « fondées sur le sexe » influent sur les pratiques et les priorités du système de santé. De nombreux problèmes de santé sont fonction du statut social ou du rôle fondé sur le sexe. Les femmes, par exemple, sont plus susceptibles de faire l'objet de violence sexuelle ou physique fondée sur le sexe, d'avoir de faibles revenus, d'être monoparentales, d'être exposées à certains risques et menaces pour la santé (p. ex., accidents, MTS, suicide, tabagisme, abus de substances, abus de médicaments de prescription, inactivité physique). L'adoption de mesures visant à éliminer les inégalités et les biais sexuels au sein et à l'extérieur du système de santé améliorera la santé de la population.
Culture	Certaines personnes ou certains groupes peuvent être exposés à des risques accrus pour la santé à cause de l'environnement socio-économique, en grande partie déterminé par les valeurs culturelles dominantes qui contribuent à la perpétuation de certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture, et l'absence d'accès à des services et des soins de santé culturellement adaptés.

Appendice 2 : BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE BIOMÉDICALE

- Alda, M., & Hrdina, P. D. (2000). Distribution of platelet 5-HT_{2A} receptor densities in suicidal and non-suicidal depressives and control subjects. *Psychiatry Research, 94*, 273-277.
- Anguelova, M., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2003). A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Molecular Psychiatry, 8*(7), 646-653.
- Arato, M., Tekes, K., Tothfalusi, L., Magyar, K., Palkovits, M., Frecska, E., et al. (1991). Reversed hemispheric asymmetry of imipramine binding in suicide victims. *Biological Psychiatry, 29*(7), 699-702.
- Bown, C., Wang, J. F., MacQueen, G., & Young, L. T. (2000). Increased temporal cortex ER stress proteins in depressed subjects who died by suicide. *Neuropsychopharmacology, 22*(3), 327-332.
- Du, L., Faludi, G., Palkovits, M., Demeter, E., Bakish, D., Lapierre, Y. D., et al. (1999). Frequency of long allele in serotonin transporter gene is increased in depressed suicide victims. *Biological Psychiatry, 46*, 196-201.
- Du, L., Faludi, G., Palkovits, M., Bakish, D., & Hrdina, P. D. (2000). Tryptophan hydroxylase gene 218A/C polymorphism is not associated with depressed suicide. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 3*(3), 215-220.
- Du, L., Faludi, G., Palkovits, M., Sotonyi, P., Bakish, D., & Hrdina, P. D. (2002). High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport, 13*(9), 1195-1198.
- Ellison, L. F., & Morrison, H. I. (2001). Low serum cholesterol concentration and risk of suicide. *Epidemiology, 12*, 168-172.
- Fitch, D., Lesage, A., Séguin, M., Tousignant, M., Benkelfat, C., Rouleau, G. A., et al. (2001). Suicide and the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry, 6*, 127-128.

- Honer, W. G., Falkai, P., Bayer, T. A., Xie, J., Hu, L., Li, H. Y., et al. (2002). Abnormalities of SNARE mechanism proteins in anterior frontal cortex in severe mental illness. *Cerebral Cortex*, 12(4), 349-356.
- Hrdina, P. D. (1996). A new biological test for suicidality? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21, 233.
- Hrdina, P. D., Demeter, E., Vu, T. B., Sótónyi, P., & Palkovits, M. (1993). 5-HT uptake sites and 5-HT₂ receptors in brain of antidepressant-free suicide victims/depressives: Increase in 5-HT₂ sites in cortex and amygdala. *Brain Research*, 614(1-2), 37-44.
- Hrdina, P. D., & Du, L. (2001). Levels of serotonin receptor 2A higher in suicide victims [Letter to the editor]? *American Journal of Psychiatry*, 158, 147-148.
- Lalovic, A., & Turecki, G. (2002). Meta-analysis of the association between tryptophan hydroxylase and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics*, 114, 533-540.
- Reiach, J. S., Li, P. P., Warsh, J. J., Kish, S. J., & Young, L. T. (1999). Reduced adenylyl cyclase immunolabeling and activity in postmortem temporal cortex of depressed suicide victims. *Journal of Affective Disorders*, 56(2-3), 141-151.
- Turecki, G. (2000). Suicidal behavior, the serotonin 2A receptor gene, and the media. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 892.
- Turecki, G. (2001). Suicidal behavior: Is there a genetic predisposition? *Bipolar Disorders*, 3, 335-349.
- Turecki, G., Brière, R., Dewar, K., Antonetti, T., Lesage, A. D., Séguin, M., et al. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1456-1458.
- Turecki, G., Sequeira, A., Gwadry, F., Canetti, L., Gingras, Y., & French-Mullen, J. (2003). Gene expression changes in suicides with and without major depression. *American Journal of Human Genetics*, 73(Suppl.), 527.
- Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Séguin, M., Tousignant, M., et al. (2001). TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*, 6, 98-102.

BIBLIOGRAPHIE CLINIQUE

- Adam, K. S. (1985). Attempted suicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 8(2), 183-201.
- Adam, K. S. (1986). Early family influences on suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 63-76.
- Adam, K. S., Keller, A., West, M., Larose, S., & Goszer, L. B. (1994). Parental representation in suicidal adolescents: A controlled study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 418-425.
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 264-272.
- Ahrens, B., Grof, P., Möller, H.-J., Müller-Oerlinghausen, B., & Wolf, T. (1995). Extended survival of patients on long-term lithium treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 241-246.
- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 256-271.
- Bauer, M. N., Leenaars, A. A., Berman, A. L., Jobes, D. A., Dixon, J. F., & Bibb, J. L. (1997). Late adulthood suicide: A life-span analysis of suicide notes. *Archives of Suicide Research*, 3, 91-108.
- Boulet, D. (2002). Le traitement juridique du mineur suicidaire. *Revue du droit*, 32(2), 317-426.
- Chandrasena, R., Beddage, V., & Fernando, M. L. D. (1991). Suicide among immigrant psychiatric patients in Canada. *British Journal of Psychiatry*, 159, 707-709.
- Charles, G., & Matheson, J. (1991). Suicide prevention and intervention with young people in foster care in Canada. *Child Welfare*, 70, 185-191.

- Cochrane-Brink, K. A., Lofchy, J. S., & Sakinofsky, I. (2000). Clinical rating scales in suicide risk assessment. *General Hospital Psychiatry, 22*(6), 445-451.
- Cousineau, D. (1996). Psychotropes et idées suicidaires chez les adolescents. *Le médecin du Québec, 31*(10), 89-93.
- Delisle, I. (1992). Le suicide à l'âge de la retraite. *Canadian Nurse, 88*, 39-41.
- de Man, A. F. (1999). Correlates of suicide ideation in high school students: The importance of depression. *Journal of Genetic Psychology, 160*, 105-114.
- de Man, A. F., Lebrèche-Gauthier, L., & Leduc, C. P. (1991). Parental control and anomie in French-Canadian adolescents. *Psychological Reports, 69*, 199-200.
- de Man, A. F., Labrèche-Gauthier, L., & Leduc, C. P. (1993). Parent-child relationships and suicidal ideation in French-Canadian adolescents. *Journal of Genetic Psychology, 154*, 17-23.
- de Man, A. F., & Leduc, C. P. (1994). Validity and reliability of a self-report suicide ideation scale for use with adolescents. *Social Behavior and Personality, 22*, 261-266.
- de Man, A. F., & Leduc, C. P. (1995). Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 173-181.
- de Man, A. F., Leduc, C. P., & Labrèche-Gauthier, L. (1993). A French-Canadian scale for suicide ideation for use with adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science, 25*, 126-134.
- Enns, M. W., Inayatulla, M., Cox, B., & Cheyne, L. (1997). Prediction of suicide intent in Aboriginal and non-aboriginal adolescent inpatients: A research note. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*, 218-224.
- Everall, R. D. (2000). The meaning of suicide attempts by young adults. *Canadian Journal of Counselling, 34*, 111-125.
- Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2001). A suicidal teen: The case of Slim. *The Alberta Counsellor, 26*(2), 9-13.

- Fleet, R. P., Dupuis, G., Kaczorowski, J., Marchand, A., & Beitman, B. D. (1997). Suicidal ideation in emergency department chest pain patients: Panic disorder a risk factor. *American Journal of Emergency Medicine, 15*, 345-349.
- Fleet, R., Dupuis, G., Marchand, A., Burelle, D., Arsenault, A., & Beitman, B. (1996). Panic disorder in emergency department chest pain patients: Prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *American Journal of Medicine, 101*, 371-380.
- Fortin, A., Lapierre, S., Baillargeon, J., Labelle, R., Dube, M., & Pronovost, J. (2001). Suicidal ideation and self-determination in institutionalized elderly. *Crisis, 22*, 15-19.
- Gagné, P. (1995). Le suicide chez les moins de 20 ans. *PRISME: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant, 5*(4), 375-381.
- Goldberg, J., & Sakinofsky, I. (1988). Intropunitiveness and parasuicide: Prediction of interview response. *British Journal of Psychiatry, 153*, 801-804.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 439-460.
- Hewitt, P. L., Newton, J., Flett, G. L., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*, 95-101.
- Hewitt, P. L., Norton, G. R., Flett, G. L., Callander, L., & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*, 395-406.
- Holden, R. R., Mendonca, J. D., & Mazmanian, D. (1985). Relation of response set to observed suicide intent. *Canadian Journal of Behavioural Science, 17*, 359-368.
- Holden, R. R., Mendonca, J. D., & Serin, R. C. (1989). Suicide, hopelessness, and social desirability: A test of an interactive model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 500-504.
- Holley, H. L., Fick, G., & Love, E. J. (1998). Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: A Canadian follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 543-551.

- Hoover, M. A., & Paulson, B. L. (1999). Suicidal no longer. *Canadian Journal of Counselling, 33*, 227-245.
- Hopmeyer, E., & Werk, A. (1994). A comparative study of family bereavement groups. *Death Studies, 18*, 243-256.
- Jick, S. S., Kremers, H. M., & Vasilakis-Scaramozza, C. (2000). Isotretinoin use and risk of depression, psychotic symptoms, suicide, and attempted suicide. *Archives of Dermatology, 136*, 1231-1236.
- Lalinec-Michaud, M. (1988). Three cases of suicide in Chinese-Canadian women. *Canadian Journal of Psychiatry, 33*, 153-156.
- Leenaars, A. A. (1986). Brief note on latent content in suicide notes. *Psychological Reports, 59*, 640-642.
- Leenaars, A. A. (1987). An empirical investigation of Shneidman's formulations regarding suicide: Age and sex. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 17*, 233-250.
- Leenaars, A. A. (1988). Are women's suicides really different from men's? *Women & Health, 14*, 17-33.
- Leenaars, A. A. (1989). Are young adults' suicides psychologically different from those of other adults? (The Shneidman Lecture) *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 249-263.
- Leenaars, A. A. (1989). Suicide across the adult life-span: An archival study. *Crisis, 10*, 132-151.
- Leenaars, A. A. (1990). Do the psychological characteristics of the suicidal individual make a difference in the method chosen for suicide? *Canadian Journal of Behavioural Science, 22*, 385-392.
- Leenaars, A. A. (1991). Suicide notes and their implications for intervention. *Crisis, 12*, 1-20.
- Leenaars, A. A. (1992). Suicide notes of the older adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*, 62-79.

- Leenaars, A. A. (1996). Suicide notes at symbolic ages. *Psychological Reports, 78*, 1034.
- Leenaars, A. A. (1997). Rick: A suicide of a young adult. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27*, 15-27.
- Leenaars, A. A. (1997). Suicide notes of the elderly and their implications for psychotherapy. *Clinical Gerontologist, 17*, 76-79.
- Leenaars, A. A. (1999). Suicide across the adult life span: Replications and failures. *Archives of Suicide Research, 5*, 261-274.
- Leenaars, A. A., De Wilde, E. J., Wenckstern, S., & Kral, M. (2001). Suicide notes of adolescents: A life-span comparison. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 47-57.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1988-1989). The significance of the method chosen for suicide in understanding the psychodynamics of the suicidal individual. *Omega: Journal of Death and Dying, 19*, 311-314.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1990). What characteristics of suicide notes are salient for people to allow perception of a suicide note as genuine? *Death Studies, 14*, 25-30.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1991). Myths about suicide notes. *Death Studies, 15*, 303-308.
- Leenaars, A. A., Lester, D., Wenckstern, S. (1999). Suicide notes in alcoholism. *Psychological Reports, 85*, 363-364.
- Leenaars, A. A., Lester, D., Wenckstern, S., McMullin, C., Rudzinski, D., & Brevard, A. (1992). Comparison of suicide notes and parasuicide notes. *Death Studies, 16*, 331-342.
- Leenaars, A. A., Lester, D., & Yang, B. (1992). Menninger's motives for suicide in the notes of completed and attempted suicides. *Psychological Reports, 70*, 369-370.
- Leenaars, A. A., & Wenckstern, S. (1998). Sylvia Plath: A protocol analysis of her last poems. *Death Studies, 22*, 615-635.

- Lesage, A. D. (1994). Troubles mentaux et suicide. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 7-14.
- Lesage, A. D. (2002). Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression: quels obstacles? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50(1), 63-66.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., et al. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- Lessard, J. C., & Moretti, M. M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence*, 21, 383-395.
- Lum, W., Smith, J., & Ferris, J. (2002). Youth suicide intervention using the Satir model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 139-159.
- Malcolm, A. T., & Janisse, M. P. (1994). Imitative suicide in a cohesive organization: Observations from a case study. *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1475-1478.
- McCormick, R. (1996). Culturally appropriate means and ends of counselling as described by the First Nations people of British Columbia. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18, 163-172.
- McCormick, R. (1997). *Recovery from suicide ideation: Successful healing strategies as described by Aboriginal youth in Canada*. Unpublished manuscript.
- McCormick, R. M. (1997). Healing through interdependence: The role of connecting in First Nations healing practices. *Canadian Journal of Counselling*, 31, 172-184.
- Paproski, D. L. (1997). Healing experiences of British Columbia First Nations women: Moving beyond suicidal ideation and intention. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16, 69-89.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.

- Paris, J. (1990). Completed suicide in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20, 19-21.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 8-9.
- Paulson, B. L., & Everall, R. D. (2001). The Teen Suicide Research Project. *Alberta Journal of Educational Research*, 47, 91-94.
- Paulson, B. L., & Worth, M. (2002). Counselling for suicide: Client perspectives. *Journal of Counselling and Development*, 80(1), 86-93.
- Proulx, F., Lesage, A. D., & Grunberg, F. (1997). One hundred in-patient suicides. *British Journal of Psychiatry*, 171, 247-250.
- Ratté, J., & Bergeron, J. (1994). Les « fous au volant » sont-ils des suicidaires? Étude sur la personnalité des conducteurs à risque. *Frontières*, 6(3), 37-40.
- Raymond, S. (1994). La prévention du suicide auprès des jeunes: un programme basé sur l'éducation des pairs et du milieu. *Le médecin du Québec*, 29(7), 49-56.
- Reynolds, W. (1988). *Suicide Ideation Questionnaire*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviors. *Family and Community Health*, 14, 64-75.
- Reynolds, P., & Eaton, P. (1986). Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 328-330.
- Roy, A., & Draper, R. (1995). Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychological Medicine*, 25, 199-202.
- Rubey, C. T., & McIntosh, J. L. (1996). Suicide survivors groups: Results of a survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 351-358.
- Sakinofsky, I., & Roberts, R. S. (1990). Why parasuicides repeat despite problem resolution. *British Journal of Psychiatry*, 156, 399-405.

- Sakinofsky, I., Roberts, R. S., Brown, Y., Cumming, C., & James, P. (1990). Problem resolution and repetition of parasuicide: A prospective study. *British Journal of Psychiatry, 156*, 395-399.
- Séguin, M., Kiely, M. C., & Lesage, A. (1994). L'après-suicide, une expérience unique de deuil? *Santé mentale au Québec, 19*(2), 63-82.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. (1995). History of early loss among a group of suicide survivors. *Crisis, 16*, 121-125.
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: A comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*, 489-498.
- Sharma, V. (2001). The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 704-709.
- Sharma, V., Persad, E., & Kueneman, K. (1998). A closer look at inpatient suicide. *Journal of Affective Disorders, 47*, 123-129.
- Tollefson, G. D., Rampey, A. H., Beasley, C. M., Enas, G. G., & Potvin, J. H. (1994). Absence of a relationship between adverse events and suicidality during pharmacotherapy for depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 14*, 163-169.
- Tousignant, M., Bastien, M.-F., & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: The contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*, 256-261.
- Tousignant, M., Bastien, M.-F., Hamel, S., & Hanigan, D. (1986). Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal: La part familiale. *Apprentissage et socialisation, 9*(1), 17-25.
- Truant, G. S., O'Reilly, R., & Donaldson, L. (1991). How psychiatrists weigh risk factors when assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 21*, 106-114.
- West, M., Spreng, S. W., Rose, S. M., & Adam, K. S. (1999). Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 578-582.

Wright, N., & Adam, K. S. (1986). Changing motivation in severely suicidal patients. *Canadian Medical Association Journal*, *135*, 1361-1363.

BIBLIOGRAPHIE SUR LES SERVICES ET SYSTÈMES DE SANTÉ

- Adamek, M. E., & Kaplan, M. S. (1996). Managing elder suicide: A profile of American and Canadian crisis prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 122-131.
- Allard, R., Marshall, M., & Plante, M.-C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 303-314.
- Barnett, R., Grace, M., Boothe, P., Latozek, K., Neal, C., Legatt, D., et al. (1999). Flumazenil in drug overdose: Randomized, placebo-controlled study to assess cost effectiveness. *Critical Care Medicine*, 27, 78-81.
- Bélanger, J., Bowen, F., & Rondeau, N. (1999). Évaluation d'un programme visant le développement de la compétence sociale à la maternelle. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 18(1),77-104.
- Bernier, A., & Renaud, J. (2003). Application québécoise de l'audit clinique français portant sur la prise en charge de jeunes suicidaires. *PRISME: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 40, 218-222.
- Boldt, M. (1985). A systematic and integrated interagency model for providing coordinated and comprehensive suicide prevention services. *Crisis*, 6, 106-118.
- Boldt, M. (1985). Towards the development of a systematic approach to suicide prevention: The Alberta model. *Canada's Mental Health*, 33, 2-4.
- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H., & Patton, G. C. (2001). Building capacity for system-level change in schools: Lessons from the Gatehouse project. *Health Education and Behavior*, 28, 368-383.
- Bouffard, L., Dubé M., Lapierre, S., & Bastin, É. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.

- Boyer, R., & Loyer, M. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux: Où en sommes-nous au Québec? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139-157.
- Breton, J.-J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N., & Nantel, M.-A. (2002). Is evaluative research on youth suicide programs theory-driven? The Canadian experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 176-190.
- Cappelli, M., Clulow, M. K., Goodman, J. T., Davidson, S. I., Feder, S. H., Baron, P., et al. (1995). Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *Journal of Adolescent Health*, 16, 64-70.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Hebert, J., Frechette, L., Lindsay, J., & Cameron, S. (2000). Are ecological and social models influencing prevention practices? An overview of the state of affairs in Quebec for child, youth and family intervention. *Journal of Primary Prevention*, 21, 101-125.
- Clayton, D., & Barceló, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Diseases in Canada*, 20, 89-95.
- Collins, S., & Angen, M. (1997). Adolescents voice their needs: Implications for health promotion and suicide prevention. *Canadian Journal of Counselling*, 31, 53-66.
- Daigle, M. S., & Mishara, B. L. (1995). Intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 261-275.
- Davis, M. (1991). Suicide attempt follow-up training. *Canadian Journal of Counselling*, 25, 73-80.
- de Man, A., & Labrèche-Gauthier, L. (1991). Suicide ideation and community support: An evaluation of two programs. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 57-60.
- Frankish, C. J. (1994). Crisis centers and their role in treatment: Suicide prevention versus health promotion. *Death Studies*, 18, 327-339.
- Gardiner, H., & Gaida, B. (2002). *Suicide prevention services: Literature review final report*. Calgary, AB: Alberta Mental Health Board.

- Gerrard, N. (2000). An application of a community psychology approach to dealing with farm stress. *Canadian Journal of Community Mental Health, 19*, 89-100.
- Guo, B., & Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth*. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Grunberg, F., Lesage, A. D., Boyer, R., Vanier, C., Morissette, R., Ménard, C., et al. (1994). Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec: Psychopathologie et utilisation des services médicaux. *Santé mentale au Québec, 19*(2), 25-39.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., et al. (1998). Deliberate self-harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ, 317*(7156), 441-447.
- Hébert, R. (1987). Prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue: Une expérience de concertation dans une région périphérique. *Santé mentale au Québec, 12*(2), 196-199.
- Kirmayer, L., Boothroyd, L., Laliberté, A., & Simpson, B. L. (1999). *Suicide prevention and mental health promotion in First Nations and Inuit communities* (Report No. 9). Montreal, PQ: Culture & Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis, 16*, 39.
- Links, P. (2002). Ongoing contact for 2 years after discharge was associated with greater survival in patients at risk of post crisis suicide [Commentary]. *Evidence-Based Mental Health, 5*, 19.
- Martin, B. A. (2000). The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 630-638.
- Miller, T. R. (1995). Costs associated with gunshot wounds in Canada in 1991. *Canadian Medical Association Journal, 153*, 1261-1268.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. (1992). The effectiveness of telephone interventions by suicide prevention centres. *Canada's Mental Health, 40*, 24-29.

- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology, 25*, 861-885.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. (2001). Helplines and crisis intervention services: Challenges for the future. In D. Lester (Ed.). *Suicide prevention resources for the millennium* (pp. 153-171). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Mishara, B. L., & Giroux, G. (1993). The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 221-229.
- Muloin, C. (1995). TEL-JEUNES: Acteur de première ligne dans la problématique du suicide chez les jeunes. *PRISME: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant, 5*(4), 530-535.
- Pancer, S. M., & Cameron, G. (1994). Resident participation in the Better Beginnings, Better Futures prevention project: I. The impacts of involvement. *Canadian Journal of Community Mental Health, 13*, 197-211.
- Peirson, L., & Prilleltensky, I. (1994). Understanding school change to facilitate prevention: A study of change in a secondary school. *Canadian Journal of Community Mental Health, 13*, 127-143.
- Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H., & Underwood, J. (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health, 87*, 319-324.
- Rhodes, A. E., & Links, P. S. (1998). Suicide and suicidal behaviours: Implications for mental health services. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 785-791.
- Ross, M. M., Hoff, L. A., & Coutu-Wakulczyk, G. (1998). Nursing curricula and violence issues. *Journal of Nursing Education, 37*, 53-60.
- Steinhauer, P. D. (2001). Clinical and service applications of the theory of resiliency with particular reference to adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 13*, 53-73.
- Tierney, R. J. (1994). Suicide intervention training evaluation: A preliminary report. *Crisis, 15*, 69-76.

White, D., & Mercier, C. (1991). Reorienting mental health systems: The dynamics of policy and planning. *International Journal of Mental Health, 19*, 3-24.

White, J., & Jodoin, N. (1998). *“Before-the-fact” interventions: A manual of best practices in youth suicide prevention*. Vancouver, BC: UBC, Mheccu, Suicide Prevention Information & Resource Centre.

BIBLIOGRAPHIE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

- Agbayewa, M. O., Marion, S. A., & Wiggins, S. (1998). Socioeconomic factors associated with suicide in elderly populations in British Columbia: An 11-year review. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 829-836.
- Anonymous. (1988-1989). Mesurer: la santé pour l'améliorer: ère partie. *Santé société, 11*(1), 41-62.
- Bagley, C. (1991). Poverty and suicide among native Canadians: A replication. *Psychological Reports, 69*, 149-150.
- Bagley, C. (1992). Changing profiles of a typology of youth suicide in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 83*, 169-170.
- Bagley, C. R. (1989). Profiles of youthful suicide: Disrupted development and current stressors. *Psychological Reports, 65*, 234.
- Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1995). Mental health profiles, suicidal behaviour, and community sexual assault in 2112 Canadian adolescents. *Crisis, 16*, 126-131.
- Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1997). Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviours, in adolescent women in Canada. *Adolescence, 32*, 361-366.
- Bagley, C., & Ramsay, R. (1989). Attitudes toward suicide, religious values and suicidal behavior: Evidence from a community survey. In R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Eds.). *Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation* (pp. 78-90). London, UK: E. J. Brill.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (1996). The struggle for homosexual identity: A major factor in suicidal behaviors in youth. *AAS Newslink, 22*(2), 16-17.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (1997). Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis, 18*, 24-34.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (2000). Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis, 21*, 111-117.

- Baris, D., Armstrong, B. G., Deadman, J., & Thériault, G. (1996). A case cohort study of suicide in relation to exposure to electric and magnetic fields among electrical utility workers. *Occupational and Environmental Medicine, 53*, 17-24.
- Barss, P. (1988). *Suicide and parasuicide among the Cree of eastern James Bay, Canada: Circumstances and prevention*. Montreal, PQ: Cree Board of Health and Social Services of James Bay and Régie régionale de la santé et des services sociaux.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Dyck, R. J., & Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*, 407-413.
- Botnick, M. R., Heath, K. V., Cornelisse, P. G. A. Strathdee, S. A., Martindale, S. L., & Hogg, R. S. (2002). Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men. *Canadian Journal of Public Health, 93*, 59-62.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*, 1-23.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry, 35*, 191-219.
- Clarke, V. A., Frankish, C. J., & Green, L. W. (1997). Understanding suicide among indigenous adolescents: A review using the PRECEDE model. *Injury Prevention, 3*, 126-134.
- Cooper, M., Corrado, R., Karlberg, A. M., & Adams, L. P. (1992). Aboriginal suicide in British Columbia: An overview. *Canada's Mental Health, 40*, 19-23.
- Cormier, H. J., & 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.
- de Man, A. F., Labrèche-Gauthier, L., & Leduc, C. P. (1993). Correlates of anomie in French-Canadian adolescents. *Journal of Social Psychology, 133*, 141-145.
- de Man, A. F., Leduc, C. P., & Labrèche-Gauthier, L. (1992). Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison. *Journal of Clinical Psychology, 48*, 811-816.

- Domino, G., & Leenaars, A. A. (1989). Attitudes toward suicide: A comparison of Canadian and U.S. college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *19*, 160-172.
- Duckworth, G., & McBride, H. (1996). Suicide in old age: A tragedy of neglect. *Canadian Journal of Psychiatry*, *41*, 217-222.
- Dyck, R. J., Mishara, B. L., & White, J. (1998). Suicide in children, adolescents, and seniors: Key findings and policy implications. In National Forum on Health, Health Canada, & Public Works and Government Services Canada (Eds.). *Canada Health Action: Building on the Legacy: Vol. 3. Determinants of health: Settings and issues* (pp.311-373). Saint-Foy, PQ: Éditions MultiMondes.
- Fruehwald, S., Eher, R., & Frottier, P. (2001). What was the relevance of previous suicidal behaviour in prison suicides? *Canadian Journal of Psychiatry*, *46*, 763.
- Gartrell, J. W., Jarvis, G. K., & Derksen, L. (1993). Suicidality among adolescent Alberta Indians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*, 366-373.
- Green, C., Kendall, K., Andre, G., Looman, T., & Polvi, N. (1993). A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Medicine, Science and the Law*, *33*, 121-127.
- Hamel, S., Tousignant, M., & Bastien, M.-F. (1993). Problèmes familiaux et placement en bas âge chez des adolescents suicidaires. *PRISM: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, *3*(4), 516-526.
- Hanigan, D., Bastien, M.-F., Tousignant, M., & Hamel, S. (1986). Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires: étude comparative. *Revue québécoise de psychologie*, *7*(3), 63-81.
- Heisel, M. J., & Fusé, T. (1999). College student suicide ideation in Canada and Japan. *Psychologia*, *42*, 129-138.
- Hurteau, M., & Bergeron, Y. (1991). Portrait psycho-sociologique d'étudiants présentant des tendances suicidaires. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, *10*(1), 117-130.
- Kidd, S. A. (2001). Street youth suicide among an overlooked population. *Lifenotes*, *6*(1), 8, 14.

- Kidd, S. A., & Kral, M. J. (2002). Suicide and prostitution among street youth: A qualitative analysis. *Adolescence, 37*, 411-430.
- Kirmayer, L. J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review, 31*, 3-58.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., & Hodgins, S. (1998). Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 816-822.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L., J. Tanner, A., Adelson, N., & Robinson, E. (2000). Psychological distress among the Cree of James Bay. *Transcultural Psychiatry, 37*, 36-56.
- Kirmayer, L. J., Malus, M., & Boothroyd, L. J. (1996). Suicide attempts among Inuit youth: A community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*, 8-17.
- Kliewer, E. V., & Ward, R. H. (1988). Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. *American Journal of Epidemiology, 127*, 640-653.
- Kral, M., Arnakaq, M., Ekho, N., Kunuk, O., Ootova, E., Papatsie, M., et al. (2000). Suicide in Nunavut: Stories from Inuit elders. In J. Oakes, R. Riewe, S. Koolage, L. Simpson, & N. Schuster (Eds.). *Aboriginal health, identity and resources* (pp. 34-44). Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Krull, C., & Trovato, F. (1994). The Quiet Revolution and the sex differential in Quebec's suicide rates: 1931-1986. *Social Forces, 72*, 1121-1147.
- Laishes, J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis, 18*, 157-162.
- Leenaars, A. A. (1992). Suicide notes from Canada and the United States. *Perceptual and Motor Skills, 74*, 278.
- Leenaars, A. A. (1995). Suicide and the continental divide. *Archives of Suicide Research, 1*, 39-58.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1994). Suicide and homicide rates in Canada and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*, 184-191.

- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1995). The changing suicide pattern in Canadian adolescents and youth, compared to their American counterparts. *Adolescence, 30*, 539-547.
- Lester, D. (1995). Suicide rates in Canadian aboriginals and size of population. *Perceptual and Motor Skills, 81*, 1282.
- Lester, D. (1995). Suicide rates in Canadian prisons. *Perceptual and Motor Skills, 81*, 1230.
- Lester, D., (1996). Aboriginal suicide in British Columbia. *Perceptual and Motor Skills, 83*, 1202.
- Loo, R. (1986). Suicide among police in a federal force. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16*, 379-388.
- Malchy, B., Enns, M. W., Young, T. K., & Cox, B. J. (1997). Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994. *Canadian Medical Association Journal, 156*, 1133-1138.
- Marion, S. A., Agbayewa, M. O., & Wiggins, S. (1999). The effect of season and weather on suicide rates in the elderly in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health, 90*, 418-422.
- McBride, H. E. A., & Siegel, L. S. (1997). Learning disabilities and adolescent suicide. *Journal of Learning Disabilities, 30*, 652-659.
- Mireault, D., & de Man, A. F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality, 24*, 385-392.
- Mishara, B. L. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 29*, 105-118.
- Pickett, W., Davidson, J. R., & Brison, R. J. (1993). Suicides on Ontario farms. *Canadian Journal of Public Health, 84*, 226-230.
- Pickett, W., King, W. D., & Faelker, T. (1999). Suicides among Canadian farm operators. *Chronic Diseases in Canada, 20*, 105-110.

- Pickett, W., King, W. D., Lees, R. E., Bienefeld, M., Morrison, H. I., & Brison, R. J. (1998). Suicide mortality and pesticide use among Canadian farmers. *American Journal of Industrial Medicine*, *34*, 364-372.
- Pinhas, L., Weaver, H., Bryden, P., Ghabbour, N., & Toner, B. (2002). Gender role conflict and suicidal behaviour in adolescent girls. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 473-476.
- Quan, H., & Arboleda-Florez, J. (1999). Elderly suicide in Alberta: Difference by gender. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 762-768.
- Quan, H., Arboleda-Florez, J., Fick, G. H., Stuart, H. L., & Love, E. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 190-197.
- Ross, C. A., & Davis, B. (1986). Suicide and parasuicide in a northern Canadian native community. *Canadian Journal of Psychiatry*, *31*, 331-334.
- Sakinofsky, I. (1987). Suicide in physicians. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 267-268.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385-404). Chichester: John Wiley & Sons.
- Sakinofsky, I., & Leenaars, A. A. (1997). Suicide in Canada with special reference to the difference between Canada and the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *27*, 112-126.
- Sigurdson, E., Staley, D., Matas, M., Hildahl, K., & Squair, K. (1994). A five-year review of youth suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry*, *39*, 397-403.
- Singh, K. (2002). Suicide among immigrants to Canada from the Indian subcontinent. *Canadian Journal of Psychiatry*, *47*, 487.
- Spaulding, J. (1985). Recent suicide rates among ten Ojibwa Indian bands in Northwestern Ontario. *Omega*, *16*, 347-354.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*, 32-40.

- Thompson, A. H., Barnsley, R. H., & Dyck, R. J. (1999). A new factor in youth suicide: The relative age effect. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 82-85.
- Thompson, T. R. (1987). Childhood and adolescent suicide in Manitoba: A demographic study. *Canadian Journal of Psychiatry, 32*, 264-269.
- Tousignant, M., & Hanigan, D. (1993). Crisis support among suicidal students following a loss event. *Journal of Community Psychology, 21*, 83-96.
- Tremblay, P. & Paré, P.-L. (2002). La "vida loca": délinquance et destinée. *Criminologie, 35*(1), 25-52.
- Trovato, F. (1986). Interprovincial migration and suicide in Canada, 1971-78. *International Journal of Social Psychiatry, 32*, 14-21.
- Trovato, F. (1986). The relationship between marital dissolution and suicide: The Canadian case. *Journal of Marriage and the Family, 48*, 341-348.
- Trovato, F. (1986). Suicide and ethnic factors in Canada. *International Journal of Social Psychiatry, 32*, 55-64.
- Trovato, F. (1986). A time series analysis of international immigration and suicide mortality in Canada. *International Journal of Social Psychiatry, 32*, 38-46.
- Trovato, F. (1987). A longitudinal analysis of divorce and suicide in Canada. *Journal of Marriage and the Family, 49*, 193-203.
- Trovato, F. (1991). Sex, marital status, and suicide in Canada, 1951-1981. *Sociological Perspectives, 34*, 427-445.
- Trovato, F. (1992). A Durkheimian analysis of youth suicide: Canada, 1971 and 1981. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*, 413-427.
- Trovato, F. (1992). Ecological analysis of suicide: Canadian CMAs. *Review of Modern Sociology, 22*, 57-72.
- Trovato, F. (1998). The Stanley Cup of hockey and suicide in Quebec, 1951-1992. *Social Forces, 77*, 105-126.

Trovato, F., & Vos, R. (1992). Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. *Sociological Forum*, 7, 661-677.

Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G., & Dufour, S. (2002). La demande d'aide chez les homes en difficulté: Trois profils de trajectories. *Intervention*, 116, 37-51.

Wong, A., Escobar, M., Lesage, A., Loyer, M., Vanier, C., & Sakinofsky, I. (2001). Are UN peacekeepers at risk for suicide? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 103-112.

BIBLIOGRAPHIE SUR L'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Aldridge, D., & St. John, K. (1991). Adolescent and pre-adolescent suicide in Newfoundland and Labrador. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 432-436.

Avis, S. P. (1993). Suicidal drowning. *Journal of Forensic Sciences*, 38, 1422-1426.

Avis, S. P. (1994). Suicidal gunshot wounds. *Forensic Science International*, 67, 41-47.

Barnes, R. A., Ennis, J., & Schober, R. (1986). Cohort analysis of Ontario suicide rates, 1877-1976. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 208-213.

Beneteau, R. (1988). Trends in suicide. *Canadian Social Trends*, 11, 22-24.

Bland, R. C., Newman, S. C., & Dyck, R. J. (1994). The epidemiology of parasuicide in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 391-396.

Bouchard, L., & Morval, M. (1988). Enquête sur le vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'Université de Montréal. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 7(1), 53-65.

Bourget, D., Gagne, P., & Moamai, J. (2000). Spousal homicide and suicide in Quebec. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 179-182.

Bullock, M. J., & Diniz, D. (2000). Suffocation using plastic bags: A retrospective study of suicides in Ontario, Canada. *Journal of Forensic Sciences*, 45, 608-613.

Buteau, J., Lesage, A. D., & Kiely, M. C. (1993). Homicide followed by suicide: A Quebec case series, 1988-1990. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 552-556.

Caron, J., Grenier, H., & Béguin, B. (1995). Le suicide en Abitibi-Témiscamingue: Données épidémiologiques pour la période 1986-1991. *Revue canadienne de santé communautaire*, 14(1), 79-101.

Cheifetz, P. N., Posener, J. A., LaHaye, A., Zajdman, M., & Benierakis, C. E. (1987). An epidemiologic study of adolescent suicide. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 656-659.

- Chipuer, H. M., & von Eye, A. (1989). Suicide trends in Canada and West Germany: An application of configural frequency analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 264-276.
- Coté, L., Pronovost, J., & Larochelle, L. (1993). Étude des composantes dépressives chez des adolescents à tendances suicidaires. *Psychologie canadienne*, 34(3), 249-264.
- Coté, L., Pronovost, J., & Ross, C. (1990). Comportements et idéations suicidaires chez les adolescents québécois. *Psychologie médicale*, 22(5), 389-392.
- Davies, D., & Wilkes, T. C. R. (1993). Cluster suicide in rural western Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 515-519.
- Dyck, R. J., Bland, R. C., Newman, S. C., & Orn, H. (1988). Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* 338, 64-71.
- Dyck, R. J., Newman S. C., & Thompson, A. H. (1988). Suicide trends in Canada, 1956-1981. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 411-419.
- Gillespie, M., Hearn, V., & Silverman, R. A. (1998). Suicide following homicide in Canada. *Homicide Studies*, 2, 46-63.
- Gratton, F. (1995). Le climat social du Québec, propice à des suicides d'“être” chez les jeunes? *PRISME: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 5(4), 375-381.
- Grossi, V., & Violato, C. (1992). Attempted suicide among adolescents: A stepwise discriminant analysis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24, 410-413.
- Hasselback, P., Lee, K. I., Mao, Y., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1991). The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 655-659.
- Health Canada. (2001). *Unintentional and intentional injury profile for Aboriginal people in Canada 1990-1999*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.

- Huchcroft, S. A., & Tanney, B. L. (1988). Sex-specific suicide trends in Canada, 1971-1985. *International Journal of Epidemiology*, *17*, 839-843.
- Huchcroft, S. A., & Tanney, B. L. (1990). Sex-specific trends in suicide method, Canada, 1971-1985. *Canadian Journal of Public Health*, *80*, 120-123.
- Isaacs, S., Keogh, S., Menard, C., & Hockin, J. (1998). Suicide in the Northwest Territories: A descriptive review. *Chronic Diseases in Canada*, *19*, 152-156.
- Joffe, R. T., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1988). Ontario child health study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 1420-1423.
- Killias, M. (1993). International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *Canadian Medical Association Journal*, *148*, 1721-1725.
- Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicides et tentatives de suicide. *Tendances sociales canadiennes*, *66*, 23-29.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1996). Testing the cohort size hypothesis of suicide and homicide rates in Canada and the United States. *Archives of Suicide Research*, *2*, 43-54.
- Lester, D. (1988). An analysis of the suicide rates of birth cohorts in Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *18*, 372-378.
- Lester, D. (1995). Suicide in Quebec, 1951-1986. *Psychological Reports*, *76*, 122.
- Lester, D. (1997). Use of age-adjusted suicide rates in time series studies in Canada. *Psychological Reports*, *81*, 490.
- Lester, D. (2000). Comparing correlations over time and space. *Perceptual and Motor Skills*, *91*, 758.
- Mao, Y., Hasselback, P., Davies, J. W., Nichol, R., & Wigle, D. T. (1990). Suicide in Canada: An epidemiological assessment. *Canadian Journal of Public Health*, *81*, 324-328.
- Mishara, B. L. (1999). Suicide in the Montreal subway system: Characteristics of the victims, antecedents, and implications for prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 690-696.

- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1991). Suicide risk varies by subtype of affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 420-426.
- Newman, S. C., & Dyck, R. J. (1988). On the age-period-cohort analysis of suicide rates. *Psychological Medicine*, 18, 677-681.
- Prevost, C., Julien, M., & Brown, B. P. (1996). Suicides associated with the Jacques Cartier Bridge, Montreal, Quebec, 1988-1993: Descriptive analysis and intervention proposal. *Canadian Journal of Public Health*, 87, 377-380.
- Pronovost, J., Côté, L., & Ross, C. (1990). Epidemiological study of suicidal behaviour among secondary school students. *Canada's Mental Health*, 38, 9-14.
- Ramsay, R., & Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15, 151-167.
- Reed, J., Camus, J., & Last, J. M. (1985). Suicide in Canada: Birth-cohort analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 43-47.
- Ross, T. E., & Lester, D. (1991). Suicides at Niagara Falls. *American Journal of Public Health*, 81, 1677-1678.
- Séguin, M. (1999). Les pactes de suicide: revue de la question. *PRISME: Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 30, 179-183.
- Shkrum, M. J., & Johnston, K. A. (1992). Fire and suicide: A three-year study of self-immolation deaths. *Journal of Forensic Sciences*, 37, 208-221.
- Strachan, J., Johansen, H., Nair, C., & Nargundkar, M. (1990). Canadian suicide mortality rates: First-generation immigrants versus Canadian-born. *Health Reports*, 2, 327-341.
- Tousignant, M. (1991). Le suicide et les communautés culturelles. *Frontières*, 3(3), 11-17.
- Trovato, F. (1988). Suicide in Canada: A further look at the effects of age, period and cohort. *Canadian Journal of Public Health*, 79, 37-44.

Wilkie, C., Macdonald, S., & Hildahl, K. (1998). Community case study: Suicide cluster in a small Manitoba community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 823-828.

BIBLIOGRAPHIE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES ET LES POLITIQUES

- Breton, J.-J. (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 227-234.
- Breton, J.-J., Tousignant, M., Bergeron, L., & Berthiaume, C. (2002). Informant-specific correlates of suicidal behavior in a community survey of 12- to 14-year-olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 723-730.
- Carrington, P. J. (1999). Gender, gun control, suicide and homicide in Canada. *Archives of Suicide Research, 5*, 71-75.
- Carrington, P. J., & Moyer, S. (1994). Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry, 151*, 606-608.
- Champagne, D., & Labrèche, J. (1994). Exploration des liens entre la recherche et la pratique dans une recherche sur le suicide. *Nouvelles pratiques sociales, 7*(2), 111-124.
- Leenaars, A. A., Cantor, C. H., Connolly, J., EchoHawk, M., Gailiene, D., He, Z. X., et al. (2000). Ethical and legal issues. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 421-435). Chichester: John Wiley & Sons.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1998). The impact of gun control on suicide: Studies from Canada. *Archives of Suicide Research, 4*, 25-40.
- Lester, D. (1992). Decriminalization of suicide in Canada and suicide rates. *Psychological Reports, 71*, 738.
- Lester, D. (1994). Use of firearms for suicide in Canada. *Perceptual and Motor Skills, 79*, 962.
- Lester, D. (2000). Gun availability and the use of guns for suicide and homicide in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 91*, 186-187.
- Lester, D., & Leenaars, A. A. (1993). Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychological Reports, 72*, 787-790.

- Nelson, G., Prilleltensky, I., Laurendeau, M.-C., & Powell, B. (1996). The prevention of mental health problems in Canada: A survey of provincial policies, structures, and programs. *Canadian Psychology, 37*, 161-172.
- Ramsay, R. F., Cooke, M. A., & Lang, W. A. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: A retrospective comparison with Rothman's developmental research model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*, 335-351.
- Rich, C. L., Young, J. G., Fowler, R. C., Wagner, J., & Black, N. A. (1991). Guns and suicide: Possible effects of some specific legislation. *American Journal of Psychiatry, 147*, 342-346.
- Sakinofsky, I. (1996). Suicidology. In Q. Rae-Grant (Ed.), *Images in Psychiatry: Canada* (pp.79-90). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schrecker, T., Acosta, L., Somerville, M. A., & Bursztajn, H. J. (2001). The ethics of social risk reduction in the era of the biological brain. *Social Science and Medicine, 52*, 1677-1687.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Bagley, C., & Ramsay, R. (1985). Problems and priorities in research on suicidal behaviours: An overview with Canadian implications. *Canadian Journal of Community Mental Health, 4*, 15-49.
- Beskow, J., Kerkhof, A., Kokkola, A., & Uutela, A. (1999). Suicide prevention in Finland 1986-1996: External evaluation by an international peer group. *Psychiatria Fennica, 30*, 31-46.
- Buchanan, D. R. (2000). *An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human well-being*. New York: Oxford University Press.
- Commonwealth of Australia. (2000). *Living is for everyone: A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia*. Canberra, ACT: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Frenk, J. (1992). Balancing relevance and excellence: Organizational responses to link research with decision making. *Social Science and Medicine, 35*, 1397-1404.
- Leenaars, A. A. (2000). Suicide prevention in Canada: A history of a community approach. *Canadian Journal of Community Mental Health, 19*, 57-73.
- Lönnqvist, J., Aro, H., Heikkinen, M., Heilä, H., Henriksson, M., Isometsä, E., et al. (1995). Project plan for studies on suicide, attempted suicide, and suicide prevention. *Crisis, 16*, 162-175.
- Mishara, B. L. (1999). Synthesis of research and evidence on factors affecting the desire of terminally ill or seriously chronically ill persons to hasten death. *Omega: Journal of Death and Dying, 39*, 1-70.
- Mitchell, P. (2000). *Valuing young lives: Evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies/Commonwealth of Australia.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *National youth suicide prevention strategy: Setting the evidence-based research agenda for Australia*. Parts I-III. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia, Department of Health and Aged Care.

Ramsay, R. F., & Harrington, G. (2000). *When will Canada recognize suicide as a major public health problem and develop a national suicide prevention strategy?* Paper presented at the 11th Annual Conference of the Canadian Association for Suicide Prevention, Vancouver, BC.

Ramsay, R. F., & Tanney, B. L. (Eds.). (1996). *Global trends in suicide prevention: Towards the development of national strategies for suicide prevention*. Mumbai, India: Tata Institute of Social Sciences.

Taylor, S. J., Kingdom, D., & Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.

Tanney, B. L. (1995). Suicide prevention in Canada: A national perspective highlighting progress and problems. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 105-122.

United Nations. (1996). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations, Department of Policy Coordination and Sustainable Development.

United States Department of Health and Human Services. (2001). *National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Waddell, C. (2001). So much research evidence, so little dissemination and uptake: Mixing the useful with the pleasing. *Evidence-Based Mental Health*, 4, 3-5.

Weissberg, R. P., Caplan, M., & Harwood, R. L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 830-841.