



**Suicide et toxicomanie :
deux phénomènes interreliés**

CPLT

Dépôt légal:
ISBN: 2-550-32167-7
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 1997

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés

par Michel Tousignant
et Tyna Fayette

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Octobre 1997

Notes sur les auteurs

Michel Tousignant est professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est aussi membre du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, et associé au Laboratoire sur le deuil et le suicide au Centre de recherche Fernand-Séguin. Depuis 1996, il coordonne l'axe suicide du Réseau santé mentale du FRSQ. Il a obtenu son diplôme de Ph.D. en Human Development à l'Université de Chicago. Sa formation est en psychologie clinique et en anthropologie.

Ses recherches actuelles portent sur les événements et les difficultés de vie qui précèdent le suicide et sur trois facteurs de vulnérabilité associés: le rejet durant l'enfance, la psychopathologie et les modes d'attachement. Il a mené plusieurs recherches sur le comportement suicidaire chez les jeunes, au Québec, et il a collaboré à des études sur le suicide en Equateur, en Inde et en Roumanie. Il a également participé à des recherches sur l'épidémiologie de l'alcoolisme dans l'enquête pilote Santé Québec. Il est l'auteur du livre intitulé *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, publié aux Presses Universitaires de France en 1992, et co-éditeur de *Ethnicity Immigration and Psychopathology*, publié en 1997 par Plenum Publishing Corporation.

Tyna Fayette a obtenu une maîtrise (M.A.) en éducation spécialisée (psychoéducation) à l'Université du Québec à Hull, en 1996, où elle a complété un mémoire sur les adolescents suicidaires. Elle est actuellement candidate au doctorat au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et elle rédige une thèse sur la polytoxicomanie et le suicide chez les adolescents et jeunes adultes, en collaboration avec le Centre de recherche Fernand-Séguin.

Table des matières

Remerciements	page iv
Avant-propos	page v
Faits saillants	page vi
1. Introduction	page 1
2. Le suicide et les diagnostics psychiatriques	page 3
3. Le risque à vie de mortalité par suicide	page 6
3.1 Alcool.....	page 6
3.2 Drogues illégales.....	page 12
3.3 Abus de médicaments.....	page 13
4. Les psychotropes comme cause directe ou indirecte du suicide	page 14
4.1 Alcool.....	page 14
4.2 Drogues illégales.....	page 16
4.3 Abus de médicaments.....	page 16
5. Les psychotropes comme méthode de suicide	page 17
5.1 Proportion de suicides attribuables aux médicaments.....	page 17
6. Les méthodes de suicide choisies	page 19
7. Les études de populations (agrégats)	page 20
7.1 Introduction.....	page 20
7.2 Canada.....	page 21
7.3 États-Unis.....	page 21
7.4 Autres populations occidentales.....	page 22
7.5 Peuples autochtones.....	page 23

8. L'étiologie sociale	page 26
8.1 Agents déclencheurs	page 26
8.2 Facteurs de risque psychosociaux	page 29
8.2.1 Alcool	page 30
8.2.2 Drogues illégales	page 31
9. L'effet du contrôle social	page 33
9.1 Ventes et accessibilité de l'alcool et des médicaments	page 33
9.2 Effets des pratiques de prescriptions médicales	page 34
10. Les facteurs explicatifs	page 35
11. Conclusion	page 39
Références bibliographiques	page 42
Annexe 1	page 48
Tableau 1: Diagnostics psychiatriques d'échantillons de suicide	page 49

Remerciements

Les auteurs remercient les centres suivants pour leur bienveillante collaboration: le Centre Dollard-Cormier, le Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) et le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'Université du Québec à Montréal. Ce rapport a été produit pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie; par ailleurs, il a aussi bénéficié d'une subvention d'été du programme DÉFI-Canada.

Les auteurs veulent tout particulièrement témoigner leur gratitude à madame Jocelyne Forget, directrice générale du CPLT, pour la révision attentive du manuscrit, ainsi qu'à madame Louise Nadeau, professeure au département de psychologie de l'Université de Montréal et présidente du CPLT, pour ses commentaires éclairés, qui ont permis de préciser plusieurs points théoriques importants. Ils sont aussi reconnaissants à l'endroit de madame Françoise Jeannotte, secrétaire de direction du CPLT, pour la mise en page finale du texte et la préparation de la liste des références bibliographiques.

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Au printemps 1997, le Comité permanent publiait un rapport qui dégageait le portrait d'ensemble de la situation actuelle au Québec en matière de toxicomanie. Ce rapport faisait largement état des méfaits liés à l'usage et l'abus de psychotropes et des nombreuses problématiques qui sont associées à la toxicomanie. Parmi celles-ci figure le suicide.

Souhaitant documenter davantage l'association entre ces deux problèmes sociaux majeurs, le Comité a commandé une étude sur le sujet. Le rapport qui suit fait état des résultats de la recension des écrits à laquelle ont procédé monsieur Michel Tousignant et madame Tyna Payette pour le CPLT.

Faits saillants

Prévalence

- > **Les troubles liés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide** dans une proportion variant entre 30 et 50%, selon les études; ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë, ni les troubles liés aux médicaments, ce qui ferait sûrement augmenter la proportion **au-delà du 50%**.

Alcool

- > **Le quart des personnes qui se suicident présentent un trouble relié à l'alcool**, ce qui représente, au Québec, 300 personnes parmi les 1200 adultes qui se suicident annuellement.
- > Le **taux annuel de suicide chez les alcooliques** au Québec est d'environ 140 par 100,000; en comparaison, ce taux est de 70 par 100,000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100,000 pour la population sans diagnostic psychiatrique.
- > La durée moyenne de l'alcoolisme avant suicide est de 19 ans. **Le taux le plus élevé d'alcooliques qui se suicident se situe dans le groupe des hommes entre 45 et 50 ans.**
- > **La comorbidité** est très élevée **chez les alcooliques qui se suicident**: entre la moitié et les trois quarts ont un trouble dépressif et la moitié ont au moins un trouble de personnalité.
- > La **comorbidité alcoolisme et problèmes psychiatriques** est un facteur aggravant le risque de suicide.
- > Plus du tiers des cas de suicide ont de **l'alcool dans le sang au moment du décès** et lorsqu'on examine le sous-groupe des 15-24 ans, cette proportion monte jusqu'à la moitié des autopsies médicales. De plus, dans l'ensemble des groupes étudiés, la catégorie des 15-19 ans est la plus représentée.

Drogues illégales

- > La consommation abusive de drogues est de moins longue durée avant le suicide que celle de l'alcool: elle est d'environ 12 ans. Pour les drogues, **les jeunes des deux sexes représentent des risques plus élevés** que la catégorie de plus de 25 ans.

Médicaments

- > Les personnes hospitalisées pour **dépendance à des psychotropes prescrits** sont à très haut risque de suicide lors de la période subséquente: 30 à 50 fois plus de risque de se suicider que le taux prévu par les statistiques du suicide. 80% de ces mêmes patients souffrent aussi d'alcoolisme et 40% abusent de drogues illégales, ceci autant chez les hommes que chez les femmes.

Variable sexe

- > Le risque de suicide est plus élevé **chez les femmes** qui abusent de drogues que chez les hommes qui font un tel abus. En ce qui concerne l'abus d'alcool, on note aussi une association avec le suicide plus élevée chez les femmes que chez les hommes. L'un des facteurs explicatifs à retenir face à ces observations, c'est la plus grande présence de comorbidité chez les femmes.

Facteurs de risque

- > La personne qui abuse de substances psychotropes est plus vulnérable à une **perte affective** ou à un problème professionnel pouvant servir d'agent déclencheur du suicide. Ainsi, le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez ceux qui ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues, particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez Les 13-19 ans, il y a une présence plus grande de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie, chez ceux qui abusent d'alcool. Il y a également un plus fort pourcentage de **chômage, de problèmes avec la loi** et de **problèmes financiers** dans ce dernier groupe. La **violence familiale** au cours de l'enfance est aussi beaucoup plus fréquente (57% vs 15%). Les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de **dépression**. S'ajoutent aussi comme facteurs de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi et la **disponibilité d'une arme au foyer**.
- > La **combinaison alcoolisme et état de dépression** pourrait faciliter l'émergence d'éléments suicidaires tels le sentiment de solitude, l'état de désespoir, la pensée obsessionnelle ou rumination d'idées noires et le retrait social.

Facteurs explicatifs

- > **Trois explications possibles** du lien entre substances psychotropes et suicide:
 - ~ l'utilisation des substances sert à désinhiber l'agression et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès;
 - ~ les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni; après un usage chronique, le consommateur ne peut plus faire face à la réalité extérieure ou à sa douleur intérieure;
 - ~ le suicide de l'alcoolique (ou de la personne dépendante à d'autres drogues) est médiatisé par l'établissement d'un état dépressogène.

1. Introduction

L'objectif de ce document est d'établir comment la consommation abusive d'alcool, de drogues illégales et de médicaments est reliée au suicide. Le rapport exclut les travaux relatifs aux tentatives de suicide ou conduites apparentées et aux décès par mort non naturelle pouvant avoir un rapport avec le suicide comme les morts violentes de causes indéterminées ou les morts par overdose.

La relation entre le suicide et les trois types de consommation abusive peut apparaître un domaine très spécialisé. Nous avons relevé au moins une centaine d'articles touchant directement à ce thème sans compter des centaines d'autres qui l'abordent au passage. Cette recension comprend plusieurs sections qui mériteraient en soi un traitement indépendant étant donné la nature spécifique des questions et des méthodologies.

Il existe deux façons de construire une recension. La première est celle qui a la faveur d'une revue comme *Psychological Bulletin*, publication spécialisée dans la recension des écrits. Elle privilégie les méta-analyses qui accordent une importance similaire aux études publiées dans des revues de valeur très variable et aux résultats non publiés. Cette approche veut éviter d'accorder un poids disproportionné aux études qui obtiennent des résultats significatifs et de discréditer celles qui n'arrivent pas à trouver une niche dans les revues majeures parce que leurs résultats sont non significatifs ou moins spectaculaires. Les méta-analyses deviennent des projets de recherche en soi avec leurs méthodes statistiques propres et chaque étude est traitée comme une unité dont l'importance est rattachée à la grandeur de l'échantillon plus qu'à la qualité de la méthodologie. On assume que les erreurs de méthodologie s'annulent avec l'accumulation des études et qu'elles ne faussent pas gravement les conclusions finales.

La deuxième approche consiste à donner davantage de poids aux recherches les plus valides et à rejeter ou critiquer les résultats de recherches moins solides. Dans cette perspective, une recherche bien faite en vaut cent autres mal faites.

Le présent document donne généralement un espace plus important aux études clés tout en indiquant les informations pertinentes des autres études. Le temps alloué ne permet pas de passer au crible toutes les études mineures relevant de chacun des thèmes. Les divergences proviennent surtout des types d'échantillons (population générale ou suivi de patients), de la définition opérationnelle des abus et catégories diagnostiques ainsi que des méthodes de calcul.

Les recherches sur la consommation abusive et le suicide sont rares au Québec. Cela n'est guère étonnant étant donné le volume relativement faible de la population de cette province. La plupart des études proviennent de l'Amérique du Nord et de l'Europe du Nord, territoire qui couvre de 600 à 800 millions d'habitants. Proportionnellement, le Québec ne devrait produire qu'environ 1% des publications.

Les données proviennent de populations fortement urbanisées, de souche chrétienne, et résidant dans l'hémisphère nord tempéré. Les habitudes de consommation et les tendances historiques ne sont probablement pas fondamentalement différentes entre le Québec et l'ensemble de ces pays. Du moins, il n'y a pas de preuves évidentes du contraire. On peut donc, toutes choses étant égales, appliquer avec prudence au Québec les données de l'ensemble de ces études. En tout cas, là où il est possible de comparer, c'est-à-dire sur le taux de diagnostics de dépendance à l'alcool associés au suicide (Lesage et coll., 1994), la grande région de Montréal ne se distingue pas significativement des autres études.

Nous avons utilisé les bases de données du PsychLit, du Suicide Information and Education Center (Alberta), et de l'Index Medicus. À partir de l'analyse des résumés d'accompagnement, nous n'avons retenu que les publications avec données empiriques, excluant les études cliniques portant sur un cas unique ou quelques cas seulement. Nous avons aussi exclu les populations très spécifiques et d'intérêt mineur pour la présente recension comme les études qui font le suivi de patients psychiatriques avec ou sans un diagnostic spécifique, de même que celles portant sur les patients séropositifs ou les membres de certains corps de métiers ou celles d'intérêt secondaire publiées dans des revues difficiles d'accès et dont l'effort pour en avoir l'accès paraissait disproportionné en rapport avec le profit escompté.

2. Le suicide et les diagnostics psychiatriques

Cette section décrit dans quelle mesure les diagnostics d'abus et/ou de dépendance à l'alcool et aux drogues sont présents chez les personnes décédées par suicide, soit de façon isolée ou en comorbidité.

Beaucoup d'études portant sur les suicides complétés identifient un taux élevé de psychopathologie, soit entre 90% et 100%. Les diagnostics d'abus et/ou de dépendance aux substances, de désordres dépressifs et de troubles de personnalité sont les catégories les plus représentées (tableau 1 en annexe). Nous allons d'abord décrire quelques études individuelles et ensuite faire une synthèse des informations.

L'étude québécoise de Lesage et coll. (1994) comprend 75 hommes âgés entre 18 et 35 ans décédés par suicide. Il y a environ un quart de l'échantillon qui présente une dépendance à l'alcool et un quart aux drogues, principalement à la cocaïne (13/17 des cas de drogue), avec un recouvrement de ces deux groupes. En ce qui concerne le total de l'échantillon, 92% reçoivent au moins un diagnostic pour les derniers six mois avant le décès et, parmi ce groupe, 69,3% reçoivent deux diagnostics. La dépression majeure, la dépendance à l'alcool ou à la drogue et la personnalité limite sont les trois désordres les plus fréquents. Ainsi, 64% des cas de suicide ont au moins un de ces trois diagnostics et 28% en ont deux.

Henriksson et coll. (1993) procèdent à une autopsie psychologique de 229 personnes (n= 229) en Finlande, soit 172 hommes et 57 femmes. Dans cette étude, 93% (N = 214) reçoivent un diagnostic de l'axe I du DSM-III¹ qui inclut en majorité les troubles dépressifs et les troubles reliés à l'alcoolisme. Le désordre le plus commun est la catégorie des désordres dépressifs (66%), et les troubles de personnalité (31%). L'abus ou la dépendance à l'alcool est diagnostiqué dans 43% des cas, soit davantage chez les hommes (39%) que les femmes (18%). L'abus de substances

1. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual, version III, de l'Association américaine de psychiatrie.

n'inclut que 5% des cas. Parmi les sujets avec un diagnostic principal de dépression majeure, 24% présentent un diagnostic de dépendance à l'alcool, et 4% un diagnostic d'abus d'alcool.

Parmi les sujets avec un diagnostic principal de dépendance à l'alcool (N - 77), 22% reçoivent un diagnostic de dépression majeure, 26% un diagnostic de désordre dépressif autre et 42% un diagnostic de trouble de personnalité. Seulement 8% ne présentent pas de comorbidité. La dépression majeure "pure" et l'alcoolisme sans comorbidité sont peu fréquents.

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

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

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

Dans sa monographie, Murphy (1992) mentionne que moins d'un quart des suicides alcooliques (22%) ne présentent pas un autre diagnostic et 72% des sujets répondent aux critères d'un désordre affectif majeur, en majorité de caractère dépressif.

Il est difficile de comparer les prévalences des troubles reliés aux substances psychoactives (SPA) à cause des échantillons et des méthodologies très diverses. L'étude de San Diego (Rich et coll., 1986) produit un taux de 55% uniquement pour les troubles reliés à l'alcool parce qu'elle utilise des critères très englobants. L'étude québécoise (Lesage et coll., 1994), menée auprès des hommes de moins de 35 ans seulement, fournit un taux de près de 30% pour les problèmes reliés aux drogues illégales seulement et également pour les problèmes reliés à l'alcool. L'étude finnoise rapporte un taux de dépendance/abus relié à l'alcool de 43% (Henriksson et coll., 1993) avec un échantillon du total des suicides et une étude suédoise avec un échantillon similaire indique un taux de 47% de troubles SPA. On peut donc conclure que le taux des troubles (abus et dépendance) SPA varie entre 30% et 50%, ce qui comprend entre le tiers et la moitié des suicides. Ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë ni les troubles reliés aux médicaments. Nous pouvons donc avancer que les problèmes reliés aux SPA sont présents dans au moins plus de la moitié des suicides.

La comorbidité est aussi très élevée chez les alcooliques qui se suicident. Entre la moitié et les trois quarts ont un trouble dépressif et la moitié, au moins un trouble de personnalité. Le diagnostic relié à l'alcool n'est primaire que dans la moitié des cas environ et il est conséquent à un autre diagnostic dans les autres cas.

En résumé,

- > plus du quart des personnes qui se suicident ont un trouble relié à l'alcool;
- > les troubles reliés à l'alcool dans ces suicides sont, au moins dans la moitié des cas, accompagnés d'un trouble dépressif ou d'un désordre de la personnalité;
- > les troubles (abus et dépendance) reliés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30% et 50%; ce chiffre exclut par ailleurs les cas d'intoxication aiguë et les troubles reliés aux médicaments, ce qui ferait sûrement augmenter la proportion au-delà du 50%.

3. Le risque à vie de mortalité par suicide

3.1 Alcool

La personne alcoolique a-t-elle un risque plus élevé de décéder par suicide au cours de sa vie qu'une personne non alcoolique? Cette question complexe mérite d'être traitée en premier lieu parce qu'elle fonde l'importance de la lutte à la consommation abusive d'alcool dans la prévention du suicide. Cette question a donné lieu à des conclusions divergentes suite aux diverses méthodes de calcul. L'article synthèse de Murphy et Wetzel (1990) résume très bien l'ensemble des études ainsi que leurs faiblesses méthodologiques. Il aurait été fastidieux de reprendre cette tâche dans tous ses détails et cela n'aurait eu qu'un intérêt relatif étant donné que la plupart de ces recherches datent de plus d'un quart de siècle. Leur grand désavantage est de se limiter à un suivi² de patients traités pour alcoolisme, la plupart du temps après un traitement en interne et avec un suivi sur une brève période. Nous savons maintenant que les patients traités à l'interne sont plus gravement atteints que ceux traités en externe et ce devait aussi être le cas avant 1975. Le risque de suicide du premier groupe est donc plus élevé. Par ailleurs, le risque de suicide diminue avec la longueur de la période de suivi, d'où l'importance d'une période de suivi prolongée. De plus, ces anciens patients ne forment pas le groupe de référence idéal pour répondre à notre question de départ parce qu'il est composé à la fois d'alcooliques chroniques et d'alcooliques en rémission.

Nous croyons plus utile de résumer l'argument de Murphy et Wetzel (1992) qui ramène à des proportions plus réalistes le risque à vie de décès par suicide chez les alcooliques calculé par leurs prédécesseurs. Rappelons que ce risque a été établi à 15% en 1987 par le National Council on Alcoholism américain et entre 8% et 21% par plusieurs publications dont certaines se référant à des données secondaires (Murphy et Wetzel, 1990)

2. Le terme suivi est entendu ici dans un contexte de recherche (dans le sens *de follow up*) et non dans un sens clinique.

Pour calculer ce risque, on doit disposer de trois données essentielles, soit la proportion de personnes qui se suicident et qui présentent un trouble relié à l'alcoolisme, le taux de personnes souffrant d'alcoolisme dans la population générale et la durée moyenne de la période d'alcoolisme avant le suicide.

L'identification d'un trouble d'alcoolisme chez les cas de suicide se fait à partir de l'autopsie psychologique. Cette approche consiste à interviewer des proches de la personne décédée sur les symptômes présents au cours de la période précédant le décès. La plupart des études recensées ici établissent leur diagnostic à partir des critères du DSM-III.

En résumé, l'ensemble des études établit à 25%, avec une variation entre 15% et 31%, la proportion de cas de suicide qui présentaient un trouble d'abus ou de dépendance relié à l'alcoolisme (Murphy et Wetzel, 1990). L'étude de Rich et coll. (1986) arrive à un pourcentage de 56% parce qu'elle utilise des critères très inclusifs d'abus du DSM-III qui ont fait l'objet de critiques. Seulement deux symptômes sont requis, soit une période de consommation exagérée (*overindulgence*) et une conséquence négative reliée à la consommation. La durée minimale du symptôme n'est que d'un mois et les deux symptômes n'ont pas à se manifester en même temps.

L'étude de Lesage et coll. (1994) citée plus haut utilise des critères plus restrictifs que dans d'autres études à cause de l'emploi du *Schizophrenia and Affective Disorders Schedule* (SADS) et elle rapporte un taux de 24% de dépendance à l'alcool et de 5% d'abus. Il y aurait un léger correctif à apporter à ces chiffres si les femmes étaient représentées, mais cela ne changerait pas fondamentalement le rapport comme le montrent Murphy et Wetzel (1990). Tout d'abord, les suicides réussis chez les femmes sont quatre fois moins nombreux que chez les hommes et elles sont donc généralement faiblement représentées dans les séries qui incluent les deux sexes. Ensuite, si les femmes sont moins dépendantes à l'alcool que les hommes en général, cela est moins vrai chez ceux et celles qui se suicident. Pour les fins de cet exercice, nous allons arrondir légèrement à la baisse, c'est-à-dire au niveau de 25%, ce qui est la moyenne obtenue de l'ensemble des études d'autopsies psychologiques, la proportion des personnes qui s'enlèvent la vie et qui souffrent en même temps d'un trouble relié à l'alcool au Québec.

Qu'en est-il d'autre part du taux de troubles d'alcoolisme dans la population générale? Les critères révisés du DSM-III réduisent l'estimé de la population souffrant de troubles reliés à l'alcool dans les plus récentes recherches épidémiologiques. La prévalence sur six mois est de 4,7% en moyenne dans cinq sites américains (Helzer et coll., 1992), de 5,4% en Alberta (Bland et coll., 1992) et de 5,9% dans l'étude de Légaré (1995) à Rimouski (Nadeau, non publié). Ce taux serait évidemment quelque peu supérieur pour une durée de douze mois.

Le calcul du risque à vie pour le suicide chez les alcooliques nécessite d'établir aussi préalablement la durée en années de l'alcoolisme avant le décès par suicide. D'après les données originales de Murphy et Wetzel (1990) à partir d'une série de 67 hommes et 9 femmes alcooliques décédés par suicide, la durée moyenne s'établit à 19,8 années pour le premier groupe et à 12,3 pour le second, pour une moyenne combinée de près de 19 ans. Dans une analyse de 76 suicides d'alcooliques combinant deux études, seulement 11% des cas ont une consommation abusive inférieure à 10 ans. L'histoire d'abus chez ces sujets commence donc dans la vingtaine ou la trentaine, mais le suicide chez ces personnes atteint un sommet entre 45 et 50 ans. Par la suite, le taux de suicide d'alcooliques diminue significativement après 60 ans.

Nous allons maintenant tenter d'estimer le risque de mortalité à vie pour le suicide au Québec chez les alcooliques. Le premier indice à calculer est leur taux de suicide annuel. Pour y arriver, la procédure consiste à estimer le nombre de suicides avec diagnostic d'alcoolisme à l'intérieur d'une période de douze mois et le nombre moyen d'alcooliques dans la population durant cette année. En prenant le premier élément comme numérateur et le second comme dénominateur, nous obtenons le pourcentage d'alcooliques qui se suicident durant une année.

En prenant comme référence une prévalence de 25%, il y a environ 300 des 1 200 adultes de plus de 18 ans qui se suicident au Québec annuellement qui sont des alcooliques. Par ailleurs, combien le Québec compte-t-il de personnes alcooliques durant une année? Nous allons prendre comme base de calcul le taux de 5%, qui est le taux moyen arrondi des trois études nord-américaines mentionnées plus haut dont celle de Rimouski. S'il y a environ six millions de personnes adultes de 18 ans ou plus au Québec en 1997, le nombre total d'alcooliques se situerait à environ

300 000. Il y aurait alors $300/300\ 000$, soit 0,10% ou encore une personne de chaque tranche de 1,000 alcooliques qui se suicide annuellement au Québec. Comme le taux de suicide est d'environ de 18 pour 100,000 pour la population adulte du Québec, les alcooliques se suicident donc de cinq à six fois plus.

Le deuxième indice à considérer est le risque à vie de mourir par suicide. Cet indice s'obtient en multipliant qui se suicide pendant une année par la durée moyenne de la période d'alcoolisme avant le décès par suicide. Ce calcul produit un risque à vie de 1,9% en multipliant 0,10 par 19 années (voir Murphy et Wetzel, 1990).

Le risque à vie de mortalité par suicide chez les alcooliques de 1,9% paraît peu élevé considérant que le risque à vie pour la population générale américaine est de 1,3%. Mais cette comparaison est trompeuse. Pour avoir une meilleure idée de la réalité, nous allons dans un premier temps comparer le risque de la population alcoolique avec le risque de la population sans diagnostic psychiatrique au Québec. En l'absence de données d'épidémiologie psychiatrique au Québec, nous allons nous référer aux données américaines. Selon une enquête nationale américaine récente sur 8,000 répondants (Kessler et coll., 1994), la prévalence des troubles psychiatriques en excluant les troubles liés à l'alcool et aux drogues est de 18,2%. Comme 5% de personnes autres souffrent de troubles d'alcool et de drogues, il y a environ 75% de la population générale sans diagnostic.

Quel est le risque de mortalité par suicide sur une année de ce trois-quarts de la population en bonne santé mentale? Il s'agit d'abord d'établir le taux de personnes qui se suicident et qui sont sans morbidité psychiatrique. Ce taux n'est que de 5% selon l'ensemble des études d'autopsie psychologique (Murphy et Wetzel, 1990). Pour le Québec, Lesage et coll. (1994) rapportent que 88% des cas de suicide ont un diagnostic à l'axe I du DSM-III-R et ce taux se rapprocherait facilement de 95% en incluant l'axe II ou troubles de la personnalité.

La population adulte du Québec sans diagnostic représente 4,500,000 personnes et seulement 70 de ces personnes s'enlèvent la vie au cours d'une année, soit $70/4,500,000 = 0,0000133$ ou

0,00133% de la population générale, soit un peu plus de 1 sur 100,000. Les personnes qui souffrent d'un trouble relié à l'alcool ont donc $0,10/0,00133 = 75$ fois plus de chances de s'enlever la vie que les personnes sans trouble psychiatrique. Murphy et Wetzel (1990) évalue le risque entre 60 et 120 selon la façon d'évaluer le taux d'alcoolisme.

La dernière question consiste à savoir si les alcooliques définis par ces critères ont proportionnellement plus de chances de se suicider que les personnes non alcooliques avec diagnostic psychiatrique. Cette catégorie comprend 18% de la population aux États-Unis et le Québec ne devrait pas présenter un taux significativement différent. Nous allons donc le prendre comme base de calcul en attendant qu'une enquête d'épidémiologie psychiatrique soit menée au Québec. Cette catégorie commet 70% des suicides, ce qui équivaut à 840 suicides, alors qu'elle représente 1,080,000 adultes au Québec. Son taux de suicide est donc de 0,07% ou $840/1,080,000$ ou 70 par 100,000 par année. Les alcooliques présentent donc un taux supérieur de 40% environ. Il faut cependant être prudent avec cette comparaison parce que les bases de calcul ne sont pas des taux réels mais estimés. On peut cependant conclure que les alcooliques ont un taux de suicide légèrement supérieur à celui des autres personnes souffrant d'un état psychiatrique sans alcoolisme.

Les comparaisons avec d'autres pays sur le risque de mortalité par suicide des alcooliques ne sont produites qu'à titre d'information parce que la plupart de ces études sont basées sur des suivis de patients à l'externe et à l'interne (Murphy et Wetzel, 1990). Un calcul basé sur un suivi de patients à l'externe fait augmenter l'estimé de 20% environ et un suivi de patients à l'interne de 50%. Le risque à vie selon des échantillons variables est de 2,28% en Europe et de 6,20% en Afrique du Sud. Le risque à vie pour des alcooliques de quelques pays où le taux de suicide est moins élevé (Ecosse, Islande, Trinidad) est de 3,42%, donc relativement plus élevé que dans l'ensemble de la population. Le Canada possède pour sa part un risque à vie de 2,21%.

Le risque à vie est de 3,4% chez les patients traités à l'interne. Rappelons à cet effet que la dépression est un motif important de traitement chez les alcooliques tout en précisant que les

alcooliques dans la communauté n'ont qu'une prévalence de dépression de 5% seulement (Heikkinen, Isometsa et coll., 1995).

Une étude de suivi de 40,000 conscrits de Norvège sur 40 ans (1951-1991) établit le risque à vie à 4,76% chez les personnes traitées pour alcoolisme ou décédées d'une maladie liée à l'alcoolisme, en comparaison de 0,63% pour le reste de l'échantillon (Rossow et Amundsen, 1995).

Une autre approche pour répondre à la question de départ consiste à faire un suivi d'alcooliques dans la population. C'est ce que propose une étude dans le nord de la Californie (Klatsky et Armstrong, 1993). Elle procède à un suivi des causes de mortalité non naturelles pendant une durée moyenne de huit ans de près de 130,000 personnes ayant rempli un fichier sur des données de santé et de comportements associés. La catégorie de gens qui rapporte six consommations ou plus par jour en moyenne a un risque relatif de se suicider six fois plus élevé que le reste de l'échantillon ($p < 0,01$). On peut se demander pourquoi 6 fois plutôt que 60 ou 120 fois comme dans l'analyse de Murphy et Wetzel (1990). C'est que le groupe de comparaison comprend cette fois-ci les personnes qui rapportent de 3 à 5 consommations par jour et la population affectée par un trouble psychiatrique. L'association entre la catégorie de six consommations et plus par jour et le suicide dans cette analyse est indépendante de l'âge, du sexe ou de l'appartenance culturelle *Blanc/Noir*.

En résumé:

- > 25% des personnes qui se suicident présentent un trouble relié à l'alcool;
- > au Québec, cela représente 300 personnes parmi les 1, 200 adultes qui se suicident annuellement;
- > la durée moyenne de l'alcoolisme avant suicide est de 19 ans;
- > le taux le plus élevé d'alcooliques qui se suicident se situe dans le groupe des hommes entre 45 et 50 ans;
- > le risque à vie de se suicider chez les alcooliques au Québec est d'environ 1,9%;

- > le taux annuel de suicide chez les alcooliques au Québec est d'environ 140 par 100,000; en comparaison, ce taux est de 70 par 100,000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100,000 pour la population sans diagnostic psychiatrique.

3.2 Drogues illégales

En se servant des données de Marzuk, Tardiff et coll. (1992), il est possible d'arriver à un estimé approximatif du risque à vie de mortalité par suicide pour les consommateurs de cocaïne, du moins pour la ville de New York. Le taux de détection de cocaïne au décès chez les personnes qui se suicident est d'environ 15%. L'estimé de la population new yorkaise qui consomme de la cocaïne se situe entre 5% et 6%. En considérant que le taux de problèmes psychiatriques de New York est similaire à celui de la population américaine, on peut donc avancer que le taux annuel de suicide des consommateurs de cocaïne est d'environ 45 fois plus que dans la population sans diagnostic.

Un suivi de 1 608 personnes des deux sexes traitées pour dépendance aux drogues en Norvège, entre 1961 et 1992, rapporte que 2,7% sont décédées par suicide sur un suivi moyen d'une douzaine d'années (Rossow, 1994). L'âge moyen à l'admission en traitement est de 25 ans. La cohorte de la décennie de 1960 utilise davantage les drogues obtenues par voie médicale comme la morphine et les barbituriques et a un risque de trois à quatre fois moins élevé que la cohorte des années 1970 qui est plus jeune et qui se tourne vers l'héroïne et d'autres drogues de rue. Cependant, les années 1980 voient une diminution par rapport au niveau des années 1960 qui est difficilement interprétable et il faudra attendre un suivi plus prolongé pour conclure définitivement. Les jeunes des deux sexes présentent des risques plus élevés que la catégorie de plus de 25 ans, ce qui rejoint les données de Rich à l'effet que la consommation abusive de drogues est de moins longue durée que celle de l'alcool avant le suicide. On note aussi, dans cette étude, que parmi les femmes qui ont développé un problème avec les drogues illégales, il y a un

risque relativement plus élevé de suicide que chez leurs vis-à-vis masculins. Tel qu'il en sera question à la section 7.2, on note aussi une association entre l'abus d'alcool et le suicide et ce probablement pour les mêmes raisons.

3.3 Abus de médicaments

Les personnes hospitalisées pour dépendance ou abus de psychotropes prescrits sont à très haut risque de suicide lors de la période subséquente. À l'occasion d'un suivi de huit ans de 1,537 patients souffrant de ce trouble, une équipe suédoise note que 70 sont morts par suicide durant cette période relativement courte (Allgulander et coll., 1994). Il faut noter que plus de 80% de l'échantillon souffre concurremment d'alcoolisme et plus de 40% abuse de drogues illégales, et ceci autant chez les hommes que chez les femmes. Pour la période étudiée, et en fonction d'un polyusage et du sexe, les sous-catégories de cet échantillon ont de 30 à 50 fois plus de risque de se suicider que le taux prévu par les statistiques du suicide. On peut penser que ce risque augmenterait de plusieurs fois en ne conservant que la population non psychiatrique comme point de comparaison. Une étude similaire menée en Saxe (Allemagne) rapporte un taux de mortalité par suicide de 7% sur une période de seulement six ans et demi au sein d'un échantillon de 248 personnes traitées pour un diagnostic mixte d'abus/dépendance à des médicaments et à des drogues illégales (Poser et coll., 1992). La mortalité pour abus/dépendance à l'alcool seulement est de 1,8% avec un ratio hommes-femmes similaire (80-20). La mortalité au sein du groupe de dépendance ou abus de psychotropes prescrits seulement est de 2,7% mais le ratio hommes-femmes est inversé (20-80), ce qui diminue relativement le taux de suicide chez ce groupe.

En résumé,

- > dans la ville de New York, on détecte de la cocaïne chez 15% des personnes décédées par suicide; sur cette base, on peut estimer que le taux annuel de suicide chez cette population se rapproche de celui des alcooliques, alors qu'il est 50 fois plus élevé que dans la population sans diagnostic psychiatrique;

- > les personnes qui se suicident et qui consomment de la drogue sont en général plus jeunes et la durée moyenne de consommation est de 12 ans;
- > les personnes qui ont été hospitalisées pour dépendance ou abus de psychotropes prescrits ont de 30 à 50 fois plus de chances de se suicider que le taux prévu; il y a souvent (80%) abus d'alcool et de drogues illégales (40%).

4. Les psychotropes comme cause directe ou indirecte du suicide

La question abordée dans cette section est de savoir dans quelle mesure la présence d'alcool, de drogues ou d'une dose non létale de médicaments peut être un facteur déterminant de l'acte suicidaire.

4.1 Alcool

Une étude australienne (1961-1982) établit que 36% des cas de suicide ont de l'alcool dans le sang au moment de leur décès dont 25% au-delà du seuil de 0,05 (Hayward et coll., 1991). La catégorie d'âge 15-19 ans est la plus représentée. Le taux de 36% est similaire à celui rapporté par Kraft (1976, cité par Hayward et coll., 1991). Roizen (1982, cité dans FeCaces et coll., *Epidemiologic Bulletin* No.28) établit le taux entre 20% et 37% aux États-Unis. Dans l'étude de San Diego, le taux est de 28% et il est similaire chez les hommes et chez les femmes (Mendelson et Rich, 1993).

Au Manitoba (Sigurdson et coll., 1994), la moitié des autopsies médicales révèlent de l'alcool dans le sang et 31% au-delà du seuil de 0,08 mg. Il faut préciser que l'échantillon ne comprend que les suicides entre 15 et 24 ans (1984-1988). Le taux de tests positifs est particulièrement élevé dans les réserves autochtones (77%). Brent et coll. (1988) rapportent aussi un tiers de cas avec un taux de plus de 0,1 mg chez un échantillon d'adolescents.

Il est à noter que l'usage de l'alcool au décès n'est pas plus fréquent chez les cas avec dépression que chez ceux sans dépression (Mendelson et Rich, 1993).

La présence d'alcool dans l'organisme au moment du suicide peut être la conséquence d'une intoxication isolée ou des habitudes de l'alcoolisme chronique. La question qui se pose est de savoir si le suicide est un acte impulsif accompli sous l'influence de l'intoxication du moment et qui aurait pu ne jamais avoir lieu si, à ce moment précis, la personne n'avait pas été intoxiquée. La question est d'autant plus légitime qu'il n'y a souvent qu'une période de quelques heures entre l'expérience d'un drame personnel et l'acte du décès. Nous n'avons malheureusement pas de données pour savoir ce qui se passe chez le groupe non alcoolique qui a bu au moment du suicide et qui est très élevé chez les adolescents comme le constate l'équipe de Brent (1988).

Il y a évidemment des gens qui prennent la décision de se tuer et qui boivent pour se donner du courage et d'autres qui ont peut-être été moins en mesure d'affronter un drame parce qu'elles étaient intoxiquées à ce moment.

En ce qui a trait aux alcooliques chroniques, Murphy (1992) s'étend longuement sur la question de l'impulsivité. Il analyse plus spécifiquement les histoires de vie des dix alcooliques de son échantillon qui se sont donné la mort quelques heures seulement après un événement majeur. Il reprend l'analyse de ces dix cas un par un pour démontrer que la préparation de l'acte était fort avancée avant le début de la dernière intoxication qui a accompagné le suicide. Dans au moins six cas, il y avait eu communication de l'intention et, dans un autre cas, allusion au désespoir vécu. Il n'y a que deux cas sur dix qui correspondent à un scénario d'acte impulsif, accompli sous le coup du moment et en état d'intoxication aiguë. L'un était atteint d'emphysème et l'autre d'un problème cérébral. Murphy croit que le suicide avait été généralement prémédité depuis un certain temps, avant même que l'événement déclencheur ne survienne. Pour lui, l'alcool est davantage un catalyseur qu'une cause immédiate. Son analyse inclut aussi la biographie de ses 50 sujets et 32 suicides alcooliques de l'échantillon de 134 suicides de l'étude de Robins. Il conclut que:

"...les suicides chez les alcooliques ne sont pas souvent impulsifs. C'est le produit de l'accumulation de circonstances adverses, pas simplement le fait d'être saoul. Chez les adultes habituellement, le suicide est un acte planifié; l'avertissement peut ou non être donné. Chez les adolescents, l'acte peut être impulsif, mais les données sont minces (page 252)."

4.2 Drogues illégales

La cocaïne sous sa forme plus connue de "crack" est une drogue illégale très répandue aux États-Unis. Tardiff et coll. (1989; cité dans Marzuk, Tardiff et coll., 1992) estiment que le suicide est la cause de 7% de la mortalité chez les consommateurs de crack à New York. Le taux paraît élevé, mais il faut le corriger en fonction des caractéristiques socio-démographiques des consommateurs qui sont de jeunes hommes.

4.3 Abus de médicaments

Dans cette section, nous considérerons seulement les études qui évaluent le risque qu'une personne qui reçoit une médication l'utilise pour s'enlever la vie.

Une étude en collaboration entre les États-Unis et l'Angleterre (Derby et coll., 1992) comptabilise le nombre de suicides chez les personnes ayant des prescriptions d'antidépresseurs. Le taux de suicide pour les utilisateurs récents et moins récents se situe entre 5 et 8 par 10,000 personnes-années. Ce taux est certes élevé, mais il s'applique à une clientèle psychiatrique. Chez les personnes avec prescription d'antidépresseurs, l'emploi de ce médicament pour se suicider varie entre 5% et 18%. Les auteurs notent que les prescriptions sont faibles dans les régions étudiées et que le niveau économique est supérieur à la moyenne. On peut donc conclure que les personnes qui reçoivent des antidépresseurs ont plus de risques de se suicider par ce moyen que celles qui n'en reçoivent pas, ce qui est un peu normal, mais les statistiques ne sont pas trop préoccupantes.

Une étude menée en Ecosse auprès de 627 cas, à partir des dossiers administratifs, révèle que 163 d'entre eux ou 24,5% reçoivent une prescription d'antidépresseurs. De ces 163 cas, 29 ou 17,8% utilisent cette médication pour se donner la mort, ce qui représente 4,6% du total des suicides.

L'emploi du lithium est relativement moins important pour le suicide. Sur 1,397 cas de suicide en Finlande, en 1987-1988, deux sont attribuables au lithium directement, mais elles représentent en fait 10% des personnes qui reçoivent ce médicament (Imosetsä, 1992).

5. Les psychotropes comme méthode de suicide

5.1 Proportion de suicides attribuables aux médicaments

La proportion de suicides attribuable directement à une surconsommation de psychotropes est variable selon les échantillons. Les analyses toxicologiques au décès permettent la détection de doses létales et non létales, à la condition d'être menées à l'intérieur de 48 heures. Nous ne retiendrons pas les données sur les doses non létales étant donné qu'elles peuvent correspondre à la posologie normalement prescrite.

Dans une étude menée à New York entre 1990 et 1992, l'analyse de 1,635 cas révèle que les psychotropes causent 139 des 293 cas de mortalité par empoisonnement, ce qui représente 8,5% du total des décès par suicide (Marzuk et coll., 1995). Il est très important de noter que les personnes qui reçoivent une prescription de psychotropes emploient les autres méthodes de suicide dans une proportion similaire au groupe sans prescription. Cela signifie que si une personne a de fortes tendances suicidaires et qu'elle reçoit une prescription, il n'y a pas plus de probabilités qu'elle recoure à ce moyen que si elle n'avait pas de prescription. Dans l'étude du Manitoba qui inclut près de 50% d'autochtones, les médicaments sont à l'origine de 11% des suicides (Sigurdson et coll., 1994).

L'étude de San Diego conduit une analyse toxicologique de 204 consécutifs de suicide et comptabilise 32 décès ou 15,7% causés directement par des médicaments (Mendelson et Rich, 1993). Les barbituriques et les antidépresseurs sont impliqués dans le tiers de ces cas chacun, soit de façon isolée ou en combinaison. Les benzodiazépines sont impliquées dans un autre tiers de ces cas mais toujours en combinaison avec un autre médicament ou de l'alcool. Dans une étude parallèle qui arrive à un résultat similaire (4% des suicides directement reliés aux antidépresseurs) les auteurs recommandent de continuer à soigner les cas de dépression avec les antidépresseurs en prenant les précautions d'usage, mais de faire particulièrement attention aux patients avec comorbidité d'abus de substances (Isacsson et coll., 1994).

Une analyse d'une courte série de 73 empoisonnements par médicaments à Lund (Suède), entre 1987 et 1990, révèle que les benzodiazépines sont les plus souvent impliquées (55%), suivi par les analgésiques (38%), et les antidépresseurs (30%).

Les tendances récentes du suicide en Norvège montrent que les antidépresseurs sont, en 1988, les agents les plus impliqués dans les suicides par abus de médicaments (Retterst01, 1993). Les barbituriques ont été presque éliminés du marché et ne sont presque plus employés pour le suicide, contrairement à la période du début des années '70 où ils occupaient la première place.

Une étude irlandaise (Kelleher et coll., 1992) sur 20 ans (1971-1988) relate 3,505 suicides desquels 3,7% sont directement reliés aux tricycliques, mais seulement 1,6% chez les hommes. Les auteurs sont cependant d'opinion que l'emploi de ces médicaments, plus fréquent chez les femmes, fait baisser en réalité le nombre de suicides. La conclusion est à l'effet que les antidépresseurs non tricycliques introduits plus récemment sont moins dangereux en surdose mais présentent plus de dangers en dose thérapeutique.

Les recherches faites au Royaume-Uni, où le taux de suicide est relativement faible, rapportent un usage plus élevé des médicaments comme méthode de suicide. L'étude écossaise de Milne et coll. (1994) rapporte qu'environ 41% des cas avec des prescriptions d'antidépresseurs sont décédés d'une surdose de drogues, ce qui représente d'après les auteurs un risque relativement

plus élevé de mourir par ce moyen chez ce groupe. Dans une étude menée dans le sud-ouest de l'Ecosse (1987-1991), la surconsommation de médicaments est la principale cause de décès par suicide avec un taux de 39% (Obafunwa et Busuttil, 1994). À l'intérieur de cette catégorie, les analgésiques occupent le premier rang (39%), suivi des antidépresseurs qui totalisent le tiers des cas (31%) et des benzodiazépines (8%). L'étude de Crome (1993) en Angleterre, en 1987, représente l'une des études les plus exhaustives (N = 2,010). Les analgésiques sont les agents les plus impliqués. Deux analgésiques comptent pour 23,5% des suicides. Un antidépresseur tient la troisième, la quatrième et la neuvième place, pour un total de 14,5% des suicides.

En conclusion à cette section, on constate que, sauf pour le Royaume-Uni, les médicaments ne comptent pas pour une part importante des suicides dans les pays occidentaux. D'après certains experts, les médicaments font plus de bien que de mal et les tendances des dernières années sont plus positives concernant ce problème.

En résumé,

- > sauf pour le Royaume-Uni, il n'y a pas plus de 16% des suicides directement reliés aux médicaments;
- > les personnes qui reçoivent une prescription ne sont pas toujours plus à risque de mourir par une surconsommation de médicaments;
- > la prescription des antidépresseurs ne représente pas un grand risque, sauf pour les patients qui abusent déjà des médicaments.

6. Les méthodes de suicide choisies

Une étude finnoise (Heikkinen, Isometsa et coll., 1995) montre une relation entre l'utilisation de médicaments et l'abus d'alcool. Les auteurs émettent l'hypothèse que les abuseurs d'alcool qui se suicident ont un meilleur accès aux médicaments psychotropes et c'est pour cette raison qu'ils les emploient davantage pour s'enlever la vie. Dans une étude australienne cependant, les suicidés

avec alcool avaient choisi en majorité l'empoisonnement au monoxyde de carbone (Hayward et coll., 1991).

À New York, les consommateurs de cocaïne utilisent deux fois plus les armes à feu pour se tuer que les non-consommateurs (Marzuk et Tardiff, 1992). Cela peut être attribuable à des facteurs socio-démographiques tels la plus grande présence d'hommes jeunes, ou à l'accessibilité aux armes à feu.

À San Diego, la moitié des suicides positifs au test toxicologique utilisent les armes à feu (52%) et seulement 20% des drogues ou des poisons (Mendelson et Rich, 1993).

7. Les études de populations (agrégats)

7.1 Introduction

Les études de populations analysent la variation de divers indices sociaux en fonction du taux de suicide à l'intérieur de régions géographiques. On vérifie également si, dans un même région géographique, ces indices sociaux sont corrélés au suicide sur une période historique.

Les études de populations présentent deux avantages spécifiques. Elles permettent d'inclure des variables sur lesquelles on possède peu ou pas d'information dans les échantillons individuels ou qui sont à trop faible fréquence pour la taille de ces petits échantillons. D'autre part, ces données se prêtent à des analyses multivariées élaborées.

Les études corrélationnelles partent du postulat qu'il y a plus de buveurs problèmes dans les régions où les taux de consommation d'alcool sont élevés. Il y a deux mécanismes explicatifs qui entreraient en ligne de compte, soit l'effet de l'alcool en soi et ses conséquences néfastes sur la qualité les liens sociaux (maritaux, parentaux, amicaux). Cependant, le type d'alcool, souvent associé aux contextes du boire, peut avoir un effet variable. Le contexte culturel du boire est aussi

important. Il peut s'agir d'une consommation de dépendance, en mode solitaire, ou d'une intoxication, lors des festivités.

7.2 Canada

Il y a une seule étude canadienne en provenance de l'Ontario (Smart et Mann, 1990). Elle rapporte une corrélation significative entre l'augmentation de la consommation de l'alcool et le taux de suicide dans cette province entre 1963 et 1974. La stabilisation de la consommation d'alcool au niveau le plus élevé atteint en 1974 est accompagnée par une diminution du suicide chez les femmes de 28% et une légère augmentation de 5% chez les hommes, ce qui est difficile à interpréter. Les taux d'alcoolisme et de mortalité causés par la dépendance à l'alcool et par la cirrhose du foie sont significativement reliés au taux de suicide chez les femmes mais non chez les hommes. Ce pourrait être un indice que la femme alcoolique est plus vulnérable au suicide que l'homme alcoolique. La raison en serait que la femme alcoolique présente un taux relativement plus élevé de comorbidité psychiatrique que l'homme alcoolique et on sait que la comorbidité est un facteur aggravant le risque de suicide (Landry et coll., 1996).

7.3 États-Unis

Une étude américaine, utilisant une méthodologie supérieure à la plupart des autres études, couvre une période récente de 20 ans (1970-1989) et inclut respectivement 38 et 50 états dans les deux modèles proposés (Gruenewald et coll., 1995). Elle analyse séparément les types d'alcool (bière, vin, spiritueux) et tient compte d'importants facteurs de co-variation, soit la pyramide d'âge, le rapport hommes-femmes, la densité de population, la résidence en zone métropolitaine, le revenu per capita, le chômage, le divorce et la participation à deux religions conservatrices, les Mormons et les Baptistes du sud, s'opposant à l'usage de l'alcool. Les auteurs font remarquer qu'il serait important d'ajouter la consommation des drogues illégales ainsi que les taux de psychopathologie, données malheureusement non disponibles.

Le premier modèle indique un effet significatif de la vente de spiritueux ($p = 0,029$), mais non des deux autres types d'alcool. De même, la participation aux deux religions, et particulièrement à celle des Mormons ($p < 0,001$), est associée à un faible taux de suicide. La vente de spiritueux a un effet encore plus marqué dans le deuxième modèle ($p = 0,005$) mais celle des deux autres types d'alcool n'a aucun effet.

7.4 Autres populations occidentales

La Norvège fait l'objet d'une comparaison entre ses diverses régions entre 1975 et 1988 (Rossow, 1995). Lorsque la consommation d'alcool est évaluée sur la base des ventes, une augmentation de la vente annuelle moyenne d'un litre d'alcool par personne produit une augmentation du taux de suicide de 2,4%. Cette augmentation est de 5,6% en se basant cette fois sur l'auto-évaluation de la consommation provenant d'une enquête nationale, mais ces derniers résultats sont non significatifs. Dans ce dernier cas, on évalue que la composante du suicide expliquée par la consommation rapportée est de 26%, soit ce qu'on retrouve dans les études sur les diagnostics de suicide. Cependant si on intègre des indices d'intégration sociale au modèle, les associations entre alcool et suicide ne sont plus significatives parce qu'il y a une forte corrélation entre alcool et intégration sociale, dans le cas présent, avec le nombre de vivant seuls ($r = .70$). Une autre question émerge du fait que l'association obtenue est plus élevée pour les femmes que pour les hommes sur la base de la consommation rapportée par chaque sexe, ce qui suggère comme dans l'étude ontarienne que les femmes sont plus vulnérables au suicide que les hommes lorsqu'elles consomment de l'alcool. Cela, malgré que les hommes à la fois boivent davantage et se suicident davantage. Les auteurs répètent ensuite cette observation sur la base des données de 18 pays européens pour 1983 et 1984. L'explication proposée est que l'alcool est davantage utilisée comme médication au stress par les hommes, ce qui pourrait diminuer la relation avec le suicide, alors que les femmes emploient l'alcool davantage dans des situations de désespoir, se repliant sur les médicaments pour abaisser le stress. Cependant, l'hypothèse de la comorbidité psychiatrique décrite plus haut nous semble mieux expliquer cette observation (Landry et coll., 1996).

Les données des anciennes républiques de l'Union Soviétique sont intéressantes à cet égard parce que les taux de suicide et de consommation d'alcool varient beaucoup entre les 15 pays de ce territoire. Pour la plupart des républiques, la consommation d'alcool explique statistiquement 50% du suicide chez les hommes (Wasserman et coll., 1994).

Une étude du Portugal couvre les années 1931 à 1989 et trouve qu'une augmentation d'un litre d'alcool en moyenne par personne par année dans la consommation nationale fait augmenter le suicide de 1,9% chez les hommes (Skog et coll., 1995). Cependant, les corrélations au niveau des régions sont négatives, c'est-à-dire que ce sont dans les régions où on boit le plus qu'on se suicide le moins. Les auteurs font valoir que la pratique religieuse (taux de mariages religieux) et l'intégration familiale (familles sans enfant et monoparentales) effacent l'effet possible de l'alcool, à cause de la covariance.

En Australie, il y a également une corrélation négative entre la consommation d'alcool et le suicide entre 1966 et 1985 ($p < .001$ chez les hommes et $p < .01$ chez les femmes) en tenant compte des taux de chômage et de divorce (Lester, 1992).

En conclusion, les études de populations indiquent que la relation entre alcool et suicide n'est pas simple et que l'élévation de la consommation d'alcool ne fait pas augmenter de façon mécanique le taux de suicide. Il est extrêmement important d'inclure dans le modèle analysé toutes les covariables psychosociales sinon il y a risque soit de voiler la relation véritable entre suicide et alcool ou soit de produire une relation faussée. L'étude américaine de Gruenewald et coll. (1995) tient compte de cette complexité et montre comment les autres études incomplètes contiennent probablement des conclusions invalides.

7.5 Peuples autochtones

Nous ne traiterons pas en profondeur la question des peuples autochtones au Canada ou ailleurs dans le monde parce que le volume des populations est trop faible pour se livrer à des analyses temporelles. Néanmoins, on note que les autochtones du Manitoba sont plus susceptibles d'avoir

de l'alcool dans le sang au moment du suicide que les non-autochtones (61% vs 43%) (Sigurdson et coll., 1994). Ce résultat nécessite d'être corrigé en fonction des facteurs socio-démographiques étant donné la surreprésentation de jeunes hommes. Cependant, le taux extrêmement élevé du suicide chez les jeunes hommes est à mettre en relation avec le taux d'alcoolisme très élevé observé dans certaines communautés. D'autres exemples similaires sont observés au Groenland ainsi que dans plusieurs îles du Pacifique de la Micronésie après la Deuxième Guerre Mondiale (Tousignant, à paraître). En contrepartie, des observations très partielles dans les pays du Tiers Monde révèlent que le haut taux d'alcoolisme n'est pas mécaniquement relié à un taux élevé de suicide, probablement parce que l'alcoolisme n'y est pas accompagné par les autres facteurs de risque qui mènent au suicide comme la désintégration sociale. Le premier auteur a séjourné longuement dans le sud du Mexique en 1970-72 et a fait un séjour d'un mois au Rwanda en 1983, deux régions où l'abus d'alcool est très répandu. On pouvait voir dans les Chiapas de nombreux hommes complètement intoxiqués pendant 72 heures à certaines occasions. Au Rwanda, certains agriculteurs ne consomment pour se nourrir à peu près exclusivement du vin de banane. Or, les statistiques ainsi que l'expérience quotidienne des anthropologues montrent que le suicide est très rare, sinon exceptionnel dans ces régions rurales.

En résumé (section 7),

- > la relation entre la consommation d'alcool et le taux de suicide dans une population n'est pas univoque et les résultats se contredisent souvent;
- > il est difficile de différencier la part qui revient à l'alcoolisme de celle qui appartient à la désintégration sociale à cause de l'étroite association entre ces deux variables;
- > le suicide est relativement plus élevé chez les femmes qui abusent de l'alcool que chez les hommes qui abusent de l'alcool;
- > une étude américaine montre que la vente des spiritueux est associée au suicide mais non celle du vin et de la bière.

8. L'étiologie sociale

8.1 Agents déclencheurs

Le suicide, comme un épisode de dépression, est souvent précédé d'un événement déclencheur auquel une personne est particulièrement vulnérable. Le but de cette section sera donc de se demander si les alcooliques vivent davantage un événement majeur avant de se donner la mort que dans les cas de suicide de non-alcooliques et, d'autre part, à quel type d'événement sont-ils particulièrement sensibles.

Déjà, en 1967, Murphy et Robins lançaient un avertissement aux médecins dans un editorial du *Journal of the American Medical Association* à l'effet que "...le médecin doit être particulièrement vigilant lors des périodes critiques de bris de relations (divorce, séparation, décès) chez ses patients alcooliques suicidaires" (cité dans Duberstein et al., 1993). Plusieurs études subséquentes comparent des cas de suicide avec diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues, ou de dépendance à l'une de ces substances, avec des cas de suicide ayant des diagnostics de divers types (Modestin, 1986; Murphy, 1967; Rich et al., 1988; Duberstein et al., 1993; Beskow, 1979). Elles sont unanimes à conclure que le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez le premier groupe (alcool et drogues), ce qui implique donc que la personne qui fait un emploi abusif de ces substances est plus vulnérable à une perte affective ou à un problème professionnel. Suite à cette perte, les alcooliques voient leur réseau social d'appui se désintégrer davantage car ce réseau s'est rétréci progressivement durant les dernières années précédant le suicide (Murphy, 1992) et particulièrement durant la dernière année de vie (Ripley et Dorpat, 1981). Deux études finlandaises moins récentes n'ont pas trouvé de différences significatives cependant, mais en utilisant une méthodologie plus vétusté, ce qui porte à accorder plus de poids aux résultats plus récents (Vikkunen, 1971, Lönnqvist, 1971, cités dans Heikkinen, Hillevi et al. 1994).

L'étude de Heikkinen, Aro et al. (1994) emploie une liste de 33 questions structurées couvrant les événements des trois mois avant le décès pour comparer des cas des biographies d'alcooliques et de dépressifs non alcooliques qui se sont suicidés. Les hommes alcooliques vivent significativement ($p < .05$) plus d'événements que les non alcooliques. Ce sont les discords familiales (38%), les problèmes financiers (28%) et les séparations maritales (28%) qui caractérisent davantage le groupe d'alcooliques. La différence va dans le même sens pour les femmes, mais elle n'est pas significative, probablement à cause du plus petit nombre. En fonction des catégories d'âge, ce sont les événements interpersonnels qui sont relativement plus fréquents chez les hommes alcooliques de 45 ans et plus alors que c'est le chômage³ chez les hommes alcooliques de moins de 45 ans. Les alcooliques ont aussi plus de troubles financiers sans que la différence soit significative. Une autre analyse des données montre que les personnes qui abusent d'alcool ou qui ont une histoire de violence associée à l'alcool ont vécu avant leur décès plus d'événements reliés possiblement à leur comportement d'agressivité tels que séparation, querelle familiale, problème financier et chômage (Heikkinen, Isometsä et coll., 1995).

Une sous-étude avec les adolescents de 13 à 19 ans démontre aussi une plus grande présence de séparations interpersonnelles chez le groupe qui abuse d'alcool au cours du dernier mois de la vie (Marttunen et coll., 1994). Il y a également un plus fort pourcentage de chômage, de problèmes avec la loi et de problèmes financiers chez ce groupe. Les cas de suicide avec alcoolisme sont aussi associés à plus de stressseurs parentaux, particulièrement de l'alcoolisme et des troubles psychiatriques graves chez les parents au cours de la dernière année. La violence familiale au cours de l'enfance est beaucoup plus fréquente, soit 8 cas sur 14 (57%), chez les suicides avec alcoolisme, en comparaison de 15% chez les autres suicides sans alcoolisme. Une autre étude rapporte également que les moins de 30 ans qui sont abuseurs ont plus de conflits et de pertes dans les six semaines précédant le suicide que les autres cas (Rich et coll., 1988).

3. Il semble ici s'agir davantage d'une situation de chômage à long terme plutôt que d'une perte d'emploi récente.

Nous introduirons ici quelques données sur le mode de vie résidentiel parce que cette variable est en association avec les événements de vie. Les alcooliques sont deux fois plus nombreux que les dépressifs à vivre seuls dans les cas de suicide (33% vs 17%, $p < .05$). Parmi le sous-groupe des vivant seuls, les alcooliques sont trois fois plus nombreux que les dépressifs à avoir vécu une séparation au cours des trois mois précédant le décès (52% vs 17%). Certaines informations non entièrement confirmées dans cette étude indiquent que le fait de vivre seul est relié à une perte récente. Cette observation est particulièrement importante pour la clinique. Il y a lieu de sensibiliser les intervenants au fait que l'association entre une perte importante et le fait de vivre seul est une situation à haut risque pour le suicide chez certains alcooliques.

Par ailleurs, même si les deux tiers des alcooliques présentent une comorbidité de dépression, leur suicide n'est pas plus souvent relié à un événement récent que pour les alcooliques non dépressifs, ce qui semble indiquer que ce n'est pas l'élément dépressif qui est ici en cause.

Les commentaires font ressortir que les résultats finnois ne peuvent se généraliser à des populations qui abusent de drogues parce que la plupart des cas alcooliques ne consomment pas de drogues en Finlande. À cet égard, l'étude américaine de Duberstein et coll. (1993) rapporte que les cas de suicide ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues sont exposés à plus d'événements au cours des six semaines avant leur décès que des cas de troubles affectifs ou anxieux. Ces événements comprennent à la fois une augmentation de conflits et un lien rompu.

Il est difficile de conclure en l'absence d'autres éléments sur la nature du processus qui rend les alcooliques relativement plus vulnérables à une perte et à la solitude qui s'ensuit. Marttunen et coll. (1994) font remarquer que cela peut être dû au fait que les adolescents abuseurs, et il s'agit davantage d'alcool en Finlande, s'aliènent de leur réseau social et se retrouvent seuls au moment où ils vivent une perte.

Il y a donc lieu d'étudier, dans les recherches futures, pourquoi les alcooliques qui se suicident sont particulièrement vulnérables à certains événements. Duberstein et coll. (1993) proposent de mieux analyser les traits d'hostilité et de dépendance affective. Une étude en cours au centre Fernand-Séguin, menée par les auteurs de ce rapport, considère les événements de rejet durant l'enfance de la part des figures parentales ainsi que les modes d'attachement. Une autre piste probablement plus difficile serait de considérer les réactions de retrait lors d'une perte affective, surtout si cet objet affectif exerce une espèce de monopole sensoriel sur la personne et que celle-ci ne peut la vivre que sous le mode du tout ou rien (Cyrulnik, 1997).

En résumé,

- > les alcooliques qui se suicident vivent plus d'événements, et particulièrement plus de pertes affectives, que les autres cas de suicide au cours de la période de quelques semaines précédant le décès;
- > ces alcooliques sont aussi plus en retrait social et l'événement provoque encore plus d'isolement;
- > il y aurait lieu d'explorer leurs traits de personnalité et leur sensibilité au rejet provenant d'expériences similaires durant l'enfance pour éclairer ces résultats.

8.2 Facteurs de risque psychosociaux

Un facteur de risque est une variable qui augmente la probabilité d'un type de mortalité tel le suicide. Les recherches démontrent que la plupart des comportements de déviance ne surviennent que lors de la présence simultanée de multiples facteurs de risque. Dans cette section, nous tenterons donc d'identifier les facteurs de risque associés à l'alcoolisme lors d'un suicide.

8.2.1 Alcool

S'il existe un certain nombre d'excellentes études sur les facteurs de risque associés au suicide, nous n'en avons relevé qu'une seule véritablement complète sur les facteurs de risque associés au suicide de l'alcoolique, soit celle de Murphy et coll. (1992). Cette étude présente les données biographiques de 50 alcooliques, tous masculins et de culture blanche. Elle inclut aussi les 32 suicides alcooliques avec les mêmes caractéristiques tirés de l'étude de Robins. Les deux groupes de comparaison sont composés respectivement de 106 alcooliques de la région de St-Louis, identifiés lors de l'enquête d'épidémiologie psychiatrique (Epidemiological Catchment Area), et de 142 alcooliques ayant été en traitement il y a plus de huit ans.

Les résultats montrent qu'une sous-catégorie bien spécifique d'alcooliques est à haut risque de suicide. Les suicides alcooliques, en comparaison avec les alcooliques de la communauté, comptent 12 fois plus de fréquence de dépression majeure (58% vs 5%), trois fois plus de fréquence de chômage (54% vs 18%), de résidence solitaire (45% vs 17%), de manque de support social (75% vs 26%) et de menaces suicidaires antérieures (79% vs 23%). La presque totalité consomme fortement (97%), soit deux fois plus que les alcooliques de la communauté (42%). À retenir que chaque facteur de risque, non seulement est plus fréquent, mais caractérise la majorité du groupe de suicides alcooliques. Toutes les différences sont significatives à un seuil de $<0,00001$, même avec de petits échantillons. Une autre façon de visualiser les écarts est de comparer les deux groupes en fonction du nombre de facteurs de risque appartenant à chaque individu. Pas moins des deux tiers (66%) des suicides alcooliques présentent quatre facteurs de risque ou plus contre 1% seulement du groupe de comparaison.

L'autre comparaison prend comme groupe témoin des alcooliques ayant déjà été en traitement et n'inclut que cinq facteurs au lieu de six. Cette fois, 78% des suicides alcooliques ont trois facteurs ou plus contre seulement 9% pour le groupe traité. Finalement, l'étude compare 82 cas de suicides alcooliques avec un sous-échantillon de suicides non alcooliques ayant un syndrome de dépression majeure. Encore ici, le premier groupe présente plus de facteurs de risque. En

conclusion, il ne faut pas considérer l'effet indépendant de chaque facteur mais plutôt leur effet cumulatif.

Les auteurs notent que les ideations suicidaires remontent à plusieurs années, ce qui indique l'établissement progressif d'un long processus menant au suicide. Le dernier épisode dépressif, lorsque présent au moment du décès, remonte à 18 mois en moyenne, et précède donc l'événement déclencheur du suicide. L'ensemble des épisodes dépressifs remonte à cinq années en moyenne alors que l'alcoolisme remonte à 19 ans, ce qui établit définitivement l'antériorité de l'alcoolisme sur la dépression dans ces suicides. Le chômage chez les suicidés alcooliques date aussi de plusieurs années et doit être considéré comme une difficulté ou un facteur de vulnérabilité plutôt que comme un agent déclencheur. De plus, ce chômage est relié à la performance au travail plutôt qu'à des facteurs économiques en dehors du contrôle de la personne. L'étude de Finlande montre également que le fait de vivre seul fait suite dans la moitié des cas à un conflit interpersonnel ou à une séparation (Heikkinen, Isometsa et coll., 1995).

Murphy (1992) évoque enfin la question de savoir pourquoi relativement si peu d'alcooliques s'enlèvent la vie, même parmi la portion qui cumule plusieurs facteurs de risque et qui est dépressive. La même énigme existe pour le suicide en général. L'auteur rappelle à cet effet que les personnes qui ont déjà fait une tentative connue de l'entourage ont 12% de probabilités de se suicider un jour. Le suicide fait donc partie de leur répertoire comportemental. Il y a donc lieu de rechercher chez les personnes à risque non seulement la présence d'une tentative dans leur histoire de vie, mais de sonder l'attitude actuelle face au suicide.

8.2.2 Drogues illégales

Ce que nous savons des facteurs de risque associés aux consommateurs de drogues qui se suicident provient davantage d'études faites auprès de jeunes parce qu'ils sont surreprésentés dans cette catégorie. Les jeunes qui se suicident et qui consomment de la drogue présentent plus souvent une histoire récente de perte qu'un groupe de comparaison (Rich, Fowler, et coll., 1988; Marttunen, Aro et coll., 1994; Brent, Perper, et coll. 1993). Dans ces études, ces jeunes ont

également plus de problèmes avec la loi et la discipline, et ils se retrouvent plus souvent sans emploi que les autres cas de suicide. Buckstein, Brent et coll. (1993) comparent 23 cas de suicide d'adolescents qui consomment des drogues illégales avec un groupe de 12 adolescents de la communauté qui ont un diagnostic définitif ou probable d'abus de drogues illégales. Les grandes variables qui les distinguent sont la présence d'une dépression majeure (48% vs 8%), de problèmes avec la loi au cours de la dernière année (57% vs 17%) et la disponibilité d'une arme à feu dans le foyer (59% vs 0%). Comme il n'y a pas de groupe de contrôle formé de suicides sans consommation de drogues illégales, il n'est pas possible de savoir si c'est le suicide seul ou en interaction avec la consommation de drogues illégales qui rend compte des différences. Une autre étude du même groupe (Brent, Perper et coll., 1988) montre que 79% des jeunes qui se suicident disposent d'armes à feu au foyer, et cette variable n'est donc pas spécifique au groupe de suicides avec consommation de drogues illégales. En conclusion, nous constatons que les consommateurs de drogues illégales qui se suicident ressemblent aux alcooliques qui se suicident en ce qui a trait à la vulnérabilité aux pertes et à la comorbidité avec la dépression.

En résumé,

- > les alcooliques qui se suicident présentent un cumul de plusieurs facteurs de risque dont le nombre est supérieur aux facteurs dénombrés chez les non-alcooliques qui se suicident ou chez les alcooliques en traitement;
- > les principaux facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité au suicide chez les alcooliques sont la dépression majeure, le chômage, le fait de vivre seul, le manque de support social et une menace suicidaire antérieure;
- > le simple cumul des facteurs de risque ne suffit pas à comprendre la raison du suicide sans tenir compte du développement de l'intentionnalité du suicide;
- > les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de dépression.

9. L'effet du contrôle social

9.1 Ventes et accessibilité de l'alcool et des médicaments

Si, comme nous l'avons vu plus haut, la vente de spiritueux corrèle avec les taux de suicide aux États-Unis, il n'en découle pas automatiquement que la restriction des ventes d'alcool, même dans ce pays, possède une influence sur le taux de suicide. Une étude américaine montre dans un premier temps que les taux de suicide sont plus élevés dans les régions où il y a moins de restrictions sur l'accessibilité de l'alcool, tel que mesuré par l'augmentation des taxes sur ce produit, la saisie de l'alcool obtenu par vente de contrebande, le statut de "dry county" et la réduction du nombre d'endroits qui dispensent l'alcool (Lester, 1993). Lester (1995) conclura cependant par la suite que les taux de suicide sont davantage associés à la consommation de l'alcool qu'à la restriction ou à la disponibilité de celle-ci. Joubert (1994) notera pour sa part que, contrairement à Lester (1993), les décès par suicide sont plus élevés dans les "dry counties" de l'Alabama, c'est-à-dire, où il y a une moins grande accessibilité à l'alcool, que dans les "wet counties".

Il est difficile d'établir une conclusion à cette section, parce que les résultats ne soutiennent que partiellement l'hypothèse de l'effet du contrôle social et légal des ventes d'alcool sur le suicide. Pour un véritable test de cette hypothèse, il faudrait évaluer parallèlement la consommation véritable dans les "dry counties".

Le cas de la lutte à l'alcoolisme durant l'ère de la perestroïka porte à réfléchir. Cette mesure politique a fait chuter le taux de suicide de 65,6 par 100,000 à 37 chez les hommes de la république de Russie (Wasserman et coll., 1994). Cependant, on doit se demander si la consommation réelle a également baissé et quels sont les facteurs de changement sociaux contemporains à cette période historique qui auraient pu avoir un effet indépendant sur le suicide.

9.2 Effets des pratiques de prescriptions médicales

Le recours à des médicaments pour gérer certaines psychopathologies existe depuis longtemps et les drogues prescrites sont aussi souvent associées au suicide. Les pratiques de prescriptions médicales ont connu certaines modifications dues en partie à la toxicité de certaines drogues. Dans les années 1970, les barbituriques étaient le principal médicament utilisé comme méthode de suicide, mais ils ont par la suite été remplacés par les antidépresseurs. Lorsque la fluoxétine a été introduite aux États-Unis, il y a eu une baisse modeste dans le nombre de suicides (Masica et coll., 1992). Toutefois, certaines études concluent que les taux de suicide par intoxication médicamenteuse ont augmenté depuis l'introduction des antidépresseurs (Kelleher et coll., 1992).

Les tests toxicologiques démontrent à maintes reprises la présence de médicaments dans le sang et/ou l'urine d'un taux significatif de suicides. Isacsson et coll. (1992) rapportent que les Suédois ayant commis un suicide ont 1,5 fois plus de drogues prescrites, et ce, autant pour les drogues psychotropes, les hypnotiques, les sédatifs et les antipsychotiques, que les antidépresseurs et les drogues utilisées pour le traitement des alcooliques, en comparaison à un échantillon qui suit une prescription dans la population. Cette étude indique également que les personnes suicidaires ont obtenu des drogues dans les trois mois précédant le suicide et ce, deux fois plus que la population générale. Cet auteur rapporte de plus que la posologie quotidienne était moins adéquate chez les sujets à l'externe que ceux à l'interne. Une autre étude suédoise soutient que l'Inaccessibilité des médicaments a un effet sur le suicide (Carlsten et coll., 1996). Elle propose de modifier les modes de prescription comme mesure de prévention. L'étude de Kragh (1993) à Odense (Danemark) démontre pour sa part que le suicide avec les tricycliques se produit à l'extérieur des hôpitaux et elle conclut que le contrôle médical sur l'usage du médicament est un facteur plus important que le médicament en soi.

Lester (1994) observe que le nombre de médecins *per capita* dans seize pays européens est positivement associé au taux de suicide causé par des substances médicamenteuses. Ce résultat appuie l'idée que l'accès à des méthodes létales est associé avec l'utilisation de ces méthodes pour se suicider.

Aux États-Unis, il y a eu des poursuites pour faute professionnelle dans des cas de suicide où le médecin n'avait pas suivi les règles standards de pratiques médicales dans l'émission des prescriptions. Daly (1994) rappelle que le médecin doit éthiquement et légalement obtenir l'accord du patient avant de prescrire des antidépresseurs et que, dans les cas d'antidépresseurs toxiques, le patient doit être informé de la toxicité du médicament s'il s'avise de prendre une dose plus forte que celle prescrite.

Crome (1993) suggère de prescrire des antidépresseurs moins toxiques, surtout pour les patients à risque de suicide, et de mieux gérer leur posologie. Allgulander et coll. (1994) recommandent également une utilisation judicieuse des médicaments psychoactifs pour les désordres affectifs et de personnalité. Une utilisation adéquate et contrôlée des médicaments conjuguée à une évaluation complète du risque suicidaire contribueraient à la diminution des taux de suicide chez les personnes souffrant de désordres psychopathologiques (Henry, 1994).

10. Les facteurs explicatifs

Dans cette section, nous allons brièvement résumer les données et les opinions à propos de trois questions sur le rapport entre l'alcool, les substances psychoactives et le suicide. Nous croyons que ce rapport est complexe et non univoque, qu'il doit être considéré dans une perspective longitudinale et en tenant compte des facteurs qui entrent en interaction avec la consommation. Murphy et Wetzel (1990) font l'inventaire suivant des mécanismes par lesquels l'alcool pourrait faciliter le suicide. L'alcool

- désinhibe les impulsions d'agression et de suicide;
- produit une vision en tunnel qui augmente la violence;
- produit la désintégration du réseau de support de la famille et des amis;
- agit à partir des attentes induites plutôt que des effets biologiques.

Ces théories dépassent le seul champ du suicide et ne sont pas mutuellement exclusives. Les études sur le suicide ne peuvent que les citer et illustrer davantage chacune des théories respectives sans ajouter beaucoup à ce qui est déjà connu.

Examinons brièvement trois explications qui relient alcool, et possiblement drogues illégales et abus de médicaments, au suicide.

1. *L'utilisation des substances sert à désinhiber l'agression et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès.*

Selon l'expérience et l'analyse très serrée de plusieurs cas de suicides alcooliques par Murphy (1992), il est peu probable que l'intoxication par l'alcool soit la cause directe d'un suicide. Les personnes qui se suicident alors qu'elles sont intoxiquées sont habituellement intoxiquées dans leur vie quotidienne et rien n'indique qu'elles l'étaient davantage au moment du décès. Il est évident que la plupart des personnes pensaient à se suicider depuis longtemps et qu'elles ont eu le temps de réfléchir avant de se donner la mort. Il est plus probable que l'alcool (ou les autres drogues) sert habituellement à mettre en échec les affects négatifs pour pouvoir passer à l'acte final plus facilement, qu'il serait un moyen plutôt qu'un facteur direct.

Cependant, nous savons très peu de l'action des intoxications aiguës chez les personnes qui ne sont pas des buveurs chroniques parce que Murphy (1992) analyse surtout cette dernière catégorie. Le nombre de jeunes qui se suicident en état d'ébriété est élevé malgré l'absence d'un trouble définitif relié à l'alcool. Nous sommes peut-être en présence d'une problématique similaire à celle qui s'applique aux accidents de la route où les jeunes en état d'ivresse sont souvent impliqués et où l'alcool est un facteur direct. Nous avons besoin de recueillir des données plus détaillées dans le cas du suicide.

2. *Les substances deviennent les moyens uniques de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni. Après un usage chronique, le consommateur ne peut plus faire face à la réalité extérieure ou à sa douleur intérieure.*

Nous ne doutons pas que l'usage chronique de l'alcool conduise à une incapacité de fonctionnement chez certaines personnes et, occasionnellement, à des troubles cérébraux. Cependant, ni un handicap ni la souffrance en soi ne conduisent une personne à s'enlever la vie, bien que ce peuvent être des causes facilitantes. Quelques éléments de cette recension supportent même l'opinion que si l'alcool ou les drogues sont consommés comme une espèce de médicament pour faire face au stress, la vulnérabilité au suicide ne sera pas nécessairement augmentée. Cette opinion se fonde sur le fait que les hommes ont davantage ce type de rapport avec les substances que les femmes et que les femmes qui ont développé un problème de consommation sont relativement plus vulnérables au suicide à cause de la plus grande présence de comorbidité.

3. *Le suicide de l'alcoolique (ou de la personne dépendante à d'autres drogues) est médiatisé par l'établissement d'un état dépressogène.*

Les considérations de Murphy, sur la base de ses données et de celles qu'il commente, établissent assez bien que l'alcoolisme se consolide pendant une très longue période avant d'aboutir au suicide. Ce sont davantage les catégories d'âge moyen qui sont surreprésentées. Les premiers épisodes de dépression clinique remontent à quelques années seulement, ce qui donne à croire que ce n'est pas une dépression profonde qui a conduit à la première phase de l'alcoolisme mais plutôt l'alcoolisme qui a précédé la dépression.

Le fait que les alcooliques qui se suicident aient une forte comorbidité de dépression, soit 58% chez Murphy, donne à croire que c'est l'association entre les deux états plutôt que l'alcoolisme en soi qui est à très haut risque. Il est vrai cependant que près d'un quart de la population avec diagnostic d'abus et de dépendance aux drogues et à l'alcool possède également un diagnostic de dépression (Kessler, 1996).

D'autre part, si la dépression est fréquente chez les suicides (31%), elle se retrouve presque toujours aussi en situation de comorbidité (Isometsä, Henriksson et coll., 1994). La dépression majeure simple n'est présente seule que chez 5% des suicides. On peut se demander si la dépression considérée indépendamment est un véritable facteur de risque pour le suicide dans le

cas où la personne affligée est prête à faire face à ses problèmes sans recourir à l'alcool ou aux drogues, et sans adopter des conduites antisociales ou d'acting-out.

Pour comprendre pourquoi la combinaison alcool-dépression, et cela peut être vrai des autres drogues, est à risque, il est nécessaire de se rapporter à une étude qui décrit les caractéristiques spécifiques des patients traités en psychiatrie qui se suicident en comparaison avec ceux qui ne se suicident pas (Ahrens et Linden, 1996). Les cas de suicide présentent un syndrome comportemental qui comprend les éléments suivants et que l'on pourrait aussi nommer syndrome de suicidalité:

- sentiment de solitude;
- état de désespoir;
- pensée obsessionnelle ou rumination d'idées noires;
- retrait social.

La dépression seule n'est probablement pas accompagnée de l'ensemble de ces éléments, ni l'alcoolisme pur avant que ne s'établisse un état de dépression. Leur combinaison pourrait faciliter l'émergence de ces éléments suicidogènes. Lorsque le désespoir et le sentiment de solitude s'installent, l'alcoolique se met à dos ses relations jusqu'au point de rupture. À ce moment, la spirale qui mène au suicide est créée.

Il faut aussi considérer l'effet de l'alcool sur le système émotif et les relations d'attachement. L'alcool, ainsi que les drogues, aident à maintenir un déni de la vie intérieure, tout en affectant la capacité d'empathie et la qualité du lien d'attachement aux autres. À la longue, la personne alcoolique n'est parfois plus capable de maintenir des relations significatives et pourrait même les trouver insupportables. Par ses actes agressifs ou ambivalents, elle s'aliène alors certains proches qui finiront par la quitter ou la rejeter. La dépression peut s'établir après les premières pertes qui sont vécues sous le mode de l'humiliation. Par la suite, la dépression peut rendre l'alcoolique davantage insupportable à ses proches. Ce modèle hypothétique propose la séquence

suivante: perte majeure - dépression - perte du principal soutien - solitude et retrait social
désespoir - suicide.

Un tel modèle implique une action préventive non exclusivement au niveau de l'abstinence et de la dépression comme recommandé par quelques articles avec une perspective médicale, mais également au niveau de la capacité d'attachement avec les personnes clés de l'entourage. Nous espérons que ces réflexions puissent ouvrir un dialogue interdisciplinaire sur ce thème.

11. Conclusion

Cette recension illustre la complexité du lien entre alcool, drogues illégales, abus de médicaments et suicide. La relation, notamment, entre la consommation d'alcool et le taux de suicide dans une population n'est pas univoque et les résultats se contredisent souvent. De plus, il y a un manque de données sur les intoxications aiguës et il y a aussi beaucoup moins de données sur les drogues et les médicaments que sur l'alcool (particulièrement l'alcoolisme). Cependant, il a quand même été possible d'établir que les personnes qui ont un diagnostic relié aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider que la population générale en bonne santé mentale et aussi plus à risque, quoiqu'à un degré moindre, que celles qui ont un diagnostic psychiatrique sans abus de substances. Par ailleurs, il y a au sein du groupe de personnes qui abusent des substances ou qui en sont dépendantes, des sous-groupes plus à risque et ce sont vers ces personnes que devraient davantage porter les efforts de prévention. Les facteurs de risque identifiés ci-haut et particulièrement le cumul de ces facteurs permettent de mieux cibler les personnes auprès desquelles agir. Mentionnons particulièrement qu'une perte affective, combinée à d'autres facteurs, semble être l'agent déclencheur le plus significatif chez les personnes qui abusent de substances psychoactives. Plus encore, les personnes avec une longue période d'alcoolisme supérieure à dix ans, déprimées, qui peuvent se retrouver seules, sans emploi et qui ont des idées suicidaires sont tout particulièrement sensibles à une telle perte, ce qui nous amène

à dire qu'il faut être extrêmement vigilant dans ces circonstances et tenter d'adoucir ces transitions si elles ont à survenir. Ajoutons aussi que les femmes alcooliques qui répondent à ce tableau sont vraisemblablement plus vulnérables au suicide que leurs vis-à-vis masculins. Enfin, une autre piste fort intéressante d'intervention est celle du développement, chez les personnes à risque élevé de suicide, de leur capacité d'attachement avec les personnes clés de leur entourage.

Ces conclusions appuient fortement certaines recommandations contenues dans le rapport du CPLT intitulé *La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action*, quant à la nécessité de ne pas traiter uniquement l'une ou l'autre des problématiques concomitantes mais de plutôt s'attaquer simultanément aux deux types (ou plus) de problèmes. Les troubles reliés aux substances psychoactives sont associés à plus de la moitié des cas de suicide. Cette constatation appelle à une collaboration très étroite à l'avenir entre le domaine de la toxicomanie et celui de la suicidologie afin d'arriver à une politique intégrée de prévention du suicide. Les deux champs d'expertise doivent se rencontrer afin de trouver des pistes nouvelles.

Ajoutons en terminant qu'il y aurait lieu d'investiguer davantage toutes les données qui concernent les jeunes, notamment les intoxications plutôt que la dépendance aux substances, puisque le portrait de la situation des jeunes pourrait comprendre certaines particularités susceptibles d'orienter les actions vers des pistes spécifiques. Ainsi, le nombre de jeunes qui se suicident en état d'ivresse est élevé malgré l'absence d'un trouble définitif relié à l'alcool; nous sommes peut-être en présence d'une problématique similaire à celle qui s'applique aux accidents de la route où les jeunes en état d'ivresse sont souvent impliqués et où l'alcool est un facteur direct. De plus, même si les différentes études recensées dans le présent texte nous amènent à insister sur le fait que les suicides se préparent longtemps à l'avance et que les problèmes liés à l'abus de substances ont de beaucoup précédé le suicide, en ce qui concerne les jeunes, l'escalade peut être très rapide et le passage à l'acte très impulsif, ce qui est typique de l'adolescence.

Références bibliographiques

- Ahrens, B., Linden, M. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split *half* multiple regression analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 79-86.
- Allgulander, C., Brandt, L., Allebeck, P. (1994). Suicide and psychopathology in 1,537 patients dependent on prescribed psychoactive medications: Stockholm, Sweden. *American Journal on Addictions*, 3 (3), 236-240.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H. (1992). Alcohol abuse and dependence in Edmonton, Canada. In J.E. Helzer & G.J. Canino (Eds): *Alcoholism in North America, Europe, and Asia*, 97-113. (New York: Oxford University Press).
- Brent, D.A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 52-63.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J., Zelenak, P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Bukstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 403-408.
- Caces, M. FE., Stinson, F.S., Elliott, S.D., Noble, J.A. Comparative alcohol-related mortality statistics in the United States by state, 1979-1985. *Epidemiologic Bulletin no 28*, 161-168.
- Carlsten A., Allebeck, P., Brandt, L. (1996). Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 94-100.
- Crome, P. (1993). The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 371, 33-37.
- Cyrulnik, B. (1997). L'ensorcellement du monde. Paris, Odille Jacob.
- Daly, R.J. (1994). Medico-legal aspects of prescribing. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, vol 9, (Suppl 1) S31-S36.

- Derby, L.E. Jick, H., Dean, A.D. (1992). Antidepressant drugs and suicide. *Journal of Chemical Psychopharmacology*, 12, (4), 235-240.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Caine, E.D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse, and suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, (2), 80-85.
- Duffy, J., Kreitman, N. (1993). Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. *Addiction*, 88, 757-766.
- Graham, C., Burvill, P. W., (1992). A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, (1), 30-39.
- Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R., Mitchell, P.R. (1995). Suicide rates and alcohol consumption in the United States, 1970-89. *Addiction*, 90, 1063-1075.
- Hayward, L., Zubrick, S.R., Silburn, S. (1991). Blood alcohol levels in suicide cases, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, (3), 256-260.
- Heikkinen, M.E., Isometsa, E.T., Marttunen, M.J., Aro, H.M., Lonnqvist, J.K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167, 747-753.
- Heikkinen, M.E., Isometsa, E.T. Aro, H.M., Sarna, S.J., Lonnqvist, J.K. (1995). Age-related variation in recent life events preceding suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (5), 325-331.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Sarna, S.J., Kuoppasalmi, K.I., Lonnqvist, J.K. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 18, (5), 1143-1149.
- Heikkinen, M.E., Aro, H., Lonnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, (4), 343-357.
- Helzer, J.F., Bucholz, K., Robins, L. (1992) Five communities in the United States: Results of the epidemiologic catchment area survey. In J.E. Helzer & G.J. Canino (Eds), *Alcoholism in North America, Europe, and Asia*, pp. 71-97 New York: Oxford University Press.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E.; et-al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150, (6), 935-940.
- Henry, J.A. (1994). Antidepressants and overdose toxicity. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 9, (Suppl 1) S37-S39.

- Isacsson, G., Bergman, U., Rich, C.L. (1994). Antidepressants, depression and suicide: An analysis of the San Diego study, *Journal of Affective Disorders*, 32, 277-286.
- Isacsson, G., Boethius, G., Bergman, U. (1992). Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, (6), 444-448.
- Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Aro, H.M., Heikkinen, M.E., Kuoppasalmi, K.I., Lönqvist, J.K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, (4), 530-536.
- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Lönqvist, J. (1992). Completed suicide and recent lithium treatment *Journal of Affective Disorders*, 26, 101-104.
- Joubert, C.E. (1994). "Wet" or "dry" county status and its correlates with suicide, homicide, and illegitimacy. *Psychological Reports*, 74, (1), 296.
- Kelleher, M.J., Daly, M., Kelleher, M.J. (1992). The influence of antidepressants in overdose on the increased suicide rate in Ireland between 1971 and 1988. *British Journal of Psychiatry*, 161, 625-628.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonable, K.A., Eklund, M.J., Frank, R. G., & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klatsky, A.T., Armstrong, M.A. (1993). Alcohol use, other traits, and risk of unnatural death: A prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, (6), 1156-1162.
- Kragh-Sorensen, P. (1993). Pharmacotherapy of the suicidal patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, (Suppl 371) 57-59.
- Landry, M., Nadeau, L. & Racine, S. (1996). Prévalence des troubles de la personnalité dans la population toxicomane du Québec. Cahier de recherche RISQ: Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec, Montréal.
- Legaré, G. (1995). *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent*. Rimouski (QC): Direction générale de la santé publique du Bas-Saint-Laurent.

- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry* 151, (7), 1063-1068.
- Lester, D. (1995). Alcohol availability, alcoholism, and suicide and homicide. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, (1), 147-150.
- Lester, D. (1994). Estimates of prescription rates and the use of medications for suicide. *European Journal of Psychiatry*, 8, (2), 81-83.
- Lester, D. (1993). Restricting the availability of alcohol and rates of personal violence (suicide and homicide). *Drug and Alcohol Dependence*, 31, (3), 215-217.
- Lester, D. (1992). Alcohol consumption and rates personal violence in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 31, 15-17.
- Marttunen, M.J., Aro, M.H., Henriksson, M.M., Lönnqvist, J.K. (1994). Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 167-173.
- Marttunen, M.J., Aro, M.H., Henriksson, M.M., Lönnqvist, J.K. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (4), 490-497.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., Hirsch, C.S., Stajic, M., Hartwell, N., Portera, L. (1995). Use of prescription psychotropic drugs among suicide victims in New York city. *American Journal of Psychiatry*, 152, (10), 1520-1522.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., Stajic, M., Moorgan, E.B., Mann, J.J. (1992). Prevalence of cocaine use among residents of New York city who committed suicide during a one-year period. *American Journal of Psychiatry*, 149, 371-375.
- Masica, D.N., Kotsanos, J.G., Beasley, C.M., Potvin, J.H. (1992) Trend in suicide rates since fluoxetine introduction. *American Journal of Public Health*, 82, (9), 1295.
- Mendelson, W.B., Rich, C.L. (1993). Sedatives and suicide: The San Diego study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 337-341.
- Mime, S. Matthews, K., Ashcroft, G.W. (1994). Suicide in Scotland 1988-1989. Psychiatric and physical morbidity according to primary care case notes. *British Journal of Psychiatry*, 165, (4), 541-544.
- Murphy, G.E. (1992). Seven risk factors for suicide in alcoholics. *Suicide in Alcoholism*. New York, Oxford. Oxford University Press

- Murphy, G.E., Wetzel, R.D., Robins, E., McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459-463.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.
- Obafunwa, J.O., Busuttil, A. (1994). A review of completed suicides in the lothian and borders region of Scotland (1987-1991). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 100-106.
- Poser, W., Poser, S., Eva-Condemarin, P. (1992). Mortality in patients with dependence on prescription drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 49-57.
- Retterstol, N. (1993). Death due to overdose of antidepressants: Experiences from Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Supp 371) 28-32.
- Rich, C. L. Runeson, B. S., (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, (5), 335-339.
- Rossow, I. (1995). Regional analyses of alcohol and suicide in Norway: Some empirical considerations. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 25, (3), 401-409.
- Rossow, I., Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: A 40 year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction*, 90, 685-691.
- Rossow, I. (1994). Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, 89, 1667-1673.
- Rossow, I. (1993). Suicide alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. *Addiction*, 88, 1659-1665.
- Runeson, B. (1990). Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol and Alcoholism*, 25, (5), 561-568.
- Sigurdsen, E., Staley, D., Matas, M., Hildahl, K., Squair, K. A five year review of youth suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, (8), 497-503.
- Skog, O.J., Teixeira, Z. Barrias, J., Moreira, R. (1995). Alcohol and suicide - the Portuguese experience. *Addiction*, 90, 1053-1061.
- Skog, O.J. Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 - experiences from a "natural experiment" *Addiction*, 1189-1193.

Smart, R.G., Mann, R.E. (1990). Changes in suicide rates after reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975-1983. *British Journal of Addiction*, 85 (4), 463-468.

Tousignant, M. (à paraître). Suicide in small scale societies. *Transcultural Psychiatry*.

Varnik, A. (1991). Suicide in Estonia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 229-232.

Wasserman, D., Varnik, A. Eklund, G. (1994). Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 306-313.

Annexe 1

Tableau 1: Diagnostics psychiatriques d'échantillons de suicide

Auteurs	Échantillon	Diagnostic Dépendance/abus de drogues/alcool	Diagnostic Dépression et troubles dépressifs	Diagnostic Troubles de personnalité	Dépendance/abus de drogues/alcool et dépression	Dépendance/abus de drogues/alcool et troubles de personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Lesage et coll. (1994)	75 hommes de 18-35 ans (Québec)	<ul style="list-style-type: none"> 5,3% (abus d'alcool) 5,3% désordre d'abus de substances psychoactives 24% dépendance à l'alcool 22,7% dépendance aux substances psychoactives 	<ul style="list-style-type: none"> 38,7% dépression majeure 8,0% désordre dépressif non spécifié <ul style="list-style-type: none"> 1,3% dysthémie 6,7% désordre d'ajustement avec humeur dépressive 4,0% désordre bipolaire 1,3% désordre bipolaire non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> 28,0% personnalité borderline 14,7% personnalité antisociale 6,7% personnalité schizoïde 1,3% personnalité schizotypique 2,7% personnalité obsessive-compulsive 16,0% personnalité non spécifiée 			<ul style="list-style-type: none"> 64% des sujets ont reçu un diagnostic / abus de drogues / alcool, de dépression ou de troubles dépressifs, ou de troubles de personnalité 28% ont deux de ces diagnostics de tous les diagnostics considérés, 69,3% ont reçu deux diagnostics
Henriksson et coll (1993)	229 sujets-suicides (Finlande)	<ul style="list-style-type: none"> 34% dépendance à l'alcool 9% abus d'alcool 5% dépendance / abus anxio-litiques 	<ul style="list-style-type: none"> 30% dépression majeure 9% désordre dépressif non spécifié 3% désordre bipolaire 	<ul style="list-style-type: none"> 5% personnalité borderline 31% troubles de personnalité 	<p>Des 77 diagnostics de dépendance à l'alcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> 22% ont un diagnostic de dépression majeure 26% ont un diagnostic de désordre dépressif 	<p>Des 77 diagnostics de dépendance à l'alcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> 42% ont un diagnostic de troubles de personnalité 	<ul style="list-style-type: none"> 92% de comorbidité
riekkinen et coll (1994)	75 alcooliques et 69 non-alcooliques (Finlande)	<p>Des 75 abus ou dépendance à l'alcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> 83% dépendance à l'alcool 17% abus d'alcool 			<ul style="list-style-type: none"> 65% ont reçu un diagnostic de dépression 		

Auteurs	Échantillon	Diagnostic Dépendance/abus de drogues/alcool	Diagnostic Dépression et troubles dépressifs	Diagnostic Troubles de personnalité	Dépendance/abus de drogues/alcool et dépression	Dépendance/abus de drogues/alcool et troubles de personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Graham et Burvill (1992)	15-24 ans et 45-49 ans (Australie)	<ul style="list-style-type: none"> 3% abus d'alcool chez les 15-24 ans 10% abus d'alcool chez les 45-49 ans 					
Rich et Runeson (1992)	Étude comparative aux États-Unis et en Suède chez les moins de 30 ans - désordre de personnalité borderline	<p>Suède</p> <ul style="list-style-type: none"> 74% abus de substances 32% abus d'alcool 42% abus de drogues + alcool <p>États-Unis</p> <ul style="list-style-type: none"> 87% abus de substances 0% abus d'alcool seul 87% abus de drogues + alcool 	<p>Dépression</p> <p>Suède</p> <ul style="list-style-type: none"> 37% <p>États-Unis</p> <ul style="list-style-type: none"> 41% 				<p>Abus de substances / dépression</p> <p>Suède</p> <ul style="list-style-type: none"> 84% comorbidité <p>États-Unis</p> <ul style="list-style-type: none"> 89% comorbidité
Runeson (1990)	58 suicidés (42 hommes, 16 femmes) (1984-1987) chez les moins de 30 ans (Suède)	<ul style="list-style-type: none"> 47% abus / dépendance aux substances 		<ul style="list-style-type: none"> 32, 8% désordre de personnalité borderline 	<ul style="list-style-type: none"> 47% (27) ont un diagnostic de désordre d'abus / dépendance aux substances, dont 7,4% (2) ont un diagnostic de dépression majeure 	<ul style="list-style-type: none"> 47% (27) ont un diagnostic de désordre d'abus / dépendance aux substances, dont 55.6% (15) ont un trouble de personnalité 	
Murphy (1992)	50 hommes alcooliques suicidés (États-Unis)	<ul style="list-style-type: none"> 100% abus/ dépendance à l'alcool 22% alcoolisme sans comorbidité 			<ul style="list-style-type: none"> 72% comorbidité désordre affectif majeur (troubles dépressifs) 		

Auteurs	Échantillon	Diagnostic Dépendance/abus de drogues/alcool	Diagnostic Dépression et troubles dépressifs	Diagnostic Troubles de personnalité	Dépendance/abus de drogues/alcool et dépression	Dépendance/abus de drogues/alcool et troubles de personnalité	Comorbidité ou absence de comorbidité
Rich et coll (1986)	133 / <30 ans 150 / >30 ans (États-Unis)	Désordres SPA Drogues < 30 = 66% > 30 = 26% Alcool < 30 = 54% > 30 = 55%	Désordres affectifs < 30 = 35% > 30 = 52%	Personnalité antisociale < 30 = 9% > 30 = 1%			