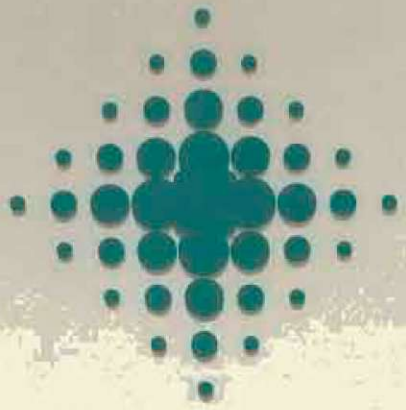
3

Synthèse critique

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et propositions d'action

Doris Hanigan



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

WA
540
DC2.1
244
C734
1987
V.3

Québec

INSPQ - Montréal
3 5567 00003 0046

SANTÉCOM

3

Synthèse critique

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et propositions d'action

Doris Hanigan

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08449-0

LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES ET LES PERSONNES AGEES : RECENSION DES ECRITS ET PROPOSITIONS D'ACTION

Doris Hanigan, chercheure
LAREHS, UQAM

TABLE DES MATIERES

PAGE

AVANT-PROPOS

CHAPITRE 1 :DEFINITION DES CONCEPTS.....1

CHAPITRE 2 : MODELES THEORIQUES..... 3

CHAPITRE 3 : LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

STATISTIQUES.....9

FACTEURS DE RISQUE.....11

Psychopathologie et comportements suicidaires.....12

Caractéristiques de la personnalité.....13

Problèmes de santé physique.....14

Echec scolaire.....14

Vie sentimentale.....15

Variables familiales.....16
Perte d'un parent.....16
Climat familial.....17

Intégration sociale.....21

PROGRAMMES OU ACTIVITES DE PREVENTION DU SUICIDE AUPRES DESJEUNES.....24

Les centres de prévention et leur programme.....26

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....28

CHAPITRE 4 : LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AGEES

STATISTIQUES.....33

FACTEURS DE RISQUES 36.....
Maladies physiques.....37
Dépression.....37
Retraite.....39
Perte par décès ou séparation.....39
Isolement social.....40
Caractéristiques personnesIles.....41
Programmes ou activités de prévention du suicide.....43

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 45

REFERENCES 49

AVANT PROPOS

En octobre dernier, lorsque j'appris que la Commission m'avait accordé le mandat d'une recension critique des écrits sur le suicide chez les jeunes et les personnes âgées, j'espérais pouvoir faire comprendre aux membres de la Commission et, par ricochet, au Ministère de la santé et des services sociaux que l'envergure de ce phénomène exigeait que l'on s'en préoccupe promptement. Les centaines de voix de jeunes, d'adultes et de personnes âgées me racontant leur désespoir, leur souffrance et leur planification suicidaire, ainsi que les pleurs et la douleur des parents ayant un enfant mort par suicide, résonnent toujours à mes oreilles.

C'est pour eux et tous les autres qui existaient que j'ai accepté ce mandat et je ne peux qu'espérer que ce travail aura des répercussions qui amélioreront la situation.

Mes remerciements aux centres de prévention de Montréal, Chicoutimi, Québec, Trois-Rivières et de la Haute-Yamaska qui ont eu l'amabilité de répondre à ma demande malgré leur lourde charge de travail. Je remercie également mes collègues du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, et spécialement Claire Malo pour son excellent travail de lectrice, et ceux de Suicide-Action Montréal pour leur soutien et leurs bons conseils. Finalement, un merci particulier à Madame Monique Perreault, agente administrative au LAREHS, pour son aide technique, sa disponibilité et son sourire matinal! Et à Madame Jacqueline Clément pour la mise en page finale.

CHAPITRE I

DEFINITION DES CONCEPTS

Le mot "suicide" touche à la fois trois étapes du processus suicidaire et le suicide complété. Le premier maillon de la chaîne est l'idéation suicidaire qui représente, dans le processus suicidaire, l'étape où se forment les premières pensées que mourir par suicide serait un moyen de régler nos difficultés, de faire arrêter la douleur et le désespoir qui, petit à petit, semblent envahir tout le champ de notre conscience. C'est une étape où le suicide n'occupe pas nécessairement toute notre pensée mais il peut tranquillement y faire son nid si nous ne réussissons pas à trouver de solutions adéquates à nos difficultés. Quand ceci se produit, les idéations se cristallisent, deviennent de plus en plus fréquentes et occupent maintenant une grande partie de notre champ cognitif. Dans cette deuxième étape, nommée l'étape des idéations suicidaires sérieuses, nous commençons à planifier notre suicide: "Comment vais-je le faire? où? quand?". Lorsque tout est planifié, nous passons à l'acte: c'est la tentative de suicide. Bien sûr, à chacune de ces étapes une aide extérieure ou des forces intérieures peuvent prévenir l'étape suivante et le fait d'être engagé dans le processus ne signifie pas que nous irons jusqu'à la tentative de suicide et la mort.Ce processus peut aussi varier sur sa temporalité. Pour certaines personnes, la première tentative va avoir lieu deux ou trois ans après les premières idéations. Chez les adolescents, cependant, tout le processus peut survenir rapidement, en quelques jours. L'une des caractéristiques de l'ado-lescence n'est-elle pas de changer d'humeur aussi vite que le temps québé-cois peut parfois changer! Les idéations suicidaires sérieuses ont peu fait l'objet d'études théoriques ou empiriques, ce qui peut paraître étonnant vu leur caractère précurseur des comportements suicidaires. Mais puisque les personnes ayant des idéations sont difficilement identifiables, à moins de recourir à de vastes enquêtes de dépistage, ce qui demande temps et argent, les chercheurs semblent préférer étudier des populations ayant déjà fait une tentative de suicide. Donc la majorité des études rapportées ci-après se rapportent à cette étape, mais nous utiliserons aussi à l'occasion le terme "suicidaire" pour désigner la deuxième et/ou la troisième étape.Il existe également peu de recherches sur les suicides réussis étant donné les multiples difficultés méthodologiques reliées aux autopsies psychologiques.

CHAPITRE 2

MODELES THEORIQUES

"Celui qui se tue court après une image qu'il s'est forgée de lui-même: on ne se tue jamais que pour exister."

André Malraux.

L'acte de mettre fin à ses jours soi-même existe depuis le début des temps alors que le mot "suicide" n'est apparu dans notre vocabulaire que vers la fin du XVIIe siècle. Il fut inventé au moment où l'humanité a découvert que le soleil est le centre de l'univers, que le coeur n'est pas autre chose qu'une pompe, que l'âme n'est peut-être pas immortelle. Cette nouvelle représentation du fonctionnement biologique de l'espèce humaine entraîna une vision différente de la mortalité. La mort n'étant pas autre chose que l'arrêt d'une pompe, l'homme avait dorénavant la possibilité de mettre réellement fin à son existence.

Ce n'est cependant pas avant les dernières années du XIXe siècle que l'acte suicidaire fut étudié de façon scientifique. Même s'il n'était à l'époque qu'un geste isolé et caché, le sociologue Durkeim (1897) s'intéressa à ce phénomène et, suite à une importante étude sociologique, proposa une théorie explicative. Selon cet auteur, le taux de suicide dans une société serait relié à la force et la faiblesse de cette société pour maintenir un contrôle sur les indi-vidus la composant. Il dégage ainsi quatre types de société et quatre types de suicide correspondants. Le suicide égoïste est le produit d'une société qui développe l'individualité, ce qui amène l'homme à un détachement face à son rôle dans celle-ci. Le suicide altruiste est le contraire du suicide égoïste et suppose un engagement excessif de l'individu dans une société qui l'amène à se sacrifier pour elle (ex: Jonesville, Hara-kiri). Le troisième type de suicide est appellé anomique par Durkiem et survient dans une société où il y a une absence de régulation sociale, de réglementation, une société trop permissive qui, secouée par des crises, amène l'homme à s'isoler, à être moins bien intégré socialement et à devenir compétitif. Finalement, le suicide fataliste que l'on retrouve dans une société où la régulation est trop forte et brime les individus.

Une recherche plus récente menée à partir d'une approche écologique a étudié la distribution d'actes auto-destructeurs, tels que l'intoxication médicamenteuse, l'asphyxie

ou une blessure corporelle qu'il y ait intention suicidaire ou non, dans des espaces physiques et sociaux. A partir de 1,652 cas d'actes auto-destructeurs recensés entre 1969 et 1971 dans la ville de London en Ontario, les auteurs notent que le taux d'incidence de ces actes est plus élevé dans le centre de la ville et tend à décroître en périphérie. Les aires les plus pauvres et les plus désorganisées socialement ont un taux supérieur à celui des aires où le statut économique est plus élevé. Les taux observés ont été mis en relation avec différentes variables sociales et économiques et les auteurs concluent que les aires de grande densité avec un grand nombre de personnes vivant seules ont des taux de comportements auto-destructeurs significativement plus hauts même lorsque ces auteurs contrôlent les variables socio-économiques, familiales et de mobilité. Donc, des personnes vivant seules dans des quartiers de forte densité seraient plus à risque quels que soient leur revenu, leurs relations familiales ou le nombre d'années qu'elles habitent le quartier (Jarvis, Ferrence et Whiteheand, 1982). Trout (1980), dans une revue de littérature sur l'isolement, rapporte une étude de Shneidman et Farberow (1960-1961) dans laquelle on note qu'à Los Angeles, Californie, les taux de suicide sont plus élevés dans des régions à forte densité (de nombreuses maisons à appartements) et où il y a une forte proportion de femmes séparées et veuves.

Dans un ordre d'idée similaire, Stack (1980) vérifie deux hypothèses sociologiques reliées au suicide chez les personnes âgées. La première se réfère à la thèse du modernisme selon laquelle une hétérogénéité culturelle associée à l'urbanisation promouvoit le suicide en augmentant la confusion quant aux normes sociales acceptables. La deuxième hypothèse s'inscrit dans la perspective anomique décrite par Durkheim qui lie le suicide à une absence de normes sociales retrouvée, selon l'auteur, dans des régions où la mobilité est forte. L'auteur met en relation le taux de suicide chez les personnes âgées, la proportion de la population urbaine et le développement économique pour quarante-cinq pays, ceci lui fournissant un échantillon des sociétés traditionnelles et industrielles . Les variables les plus fortement reliées aux taux de suicide sont la proportion de personnes âgées dans une société et le taux de croissance économique. Aucun lien significatif entre le suicide et l'urbanisation. Stack conclut que ces données supportent l'hypothèse d'une relation directe entre le suicide et le vieillissement, que la société soit traditionnelle ou industrielle.

Freud (1950) s'est intéressé à la problématique suicidaire dans son ouvrage sur le deuil et la mélancolie. Sa théorie repose sur les pulsions de mort et de vie et il prétend que

le geste suicidaire est le retournement vers soi d'une impulsion d'agressivité dirigée vers autrui. Certains néo-freudiens ont poursuivi la démarche de Freud et ils conçoivent le suicide tantôt comme une ambivalence entre l'amour et la haine où l'individu cherche à se défaire à tout prix de sentiments de culpabilité (Fennichel, 1953 in Morissette, 1984), tantôt comme le fait d'un surmoi tyrannique excessivement destructeur causé par l'absence des parents durant l'enfance ou par des parents cruels (Litman, 1968 in Morissette, 1984). Ackerly (1967 in Orbach, 1984) prétend pour sa part que l'enfant ou l'adolescent suicidaire se trouve dans un état interne de tourments et d'anxiété dû à des instincts incontrôlables. Ces instincts proviennent de la perte de contrôle sur ses souhaits sadiques inconscients à cause du rejet vécu dans sa famille. L'adolescent désire alors mourir, tuer ou être tué. Pour Sabbath (1969 in Orbach, 1984) le comportement suicidaire apparaît, dans une famille qui vit un moment difficile, chez un adolescent problématique qui est un souci pour la famille car il est soumis aux désirs conscients ou inconscients de ses parents que la famille bénéficierait de sa mort. Pfeffer (in Orbach, 1984) croit que l'adolescent a intégré l'hostilité de ses parents envers lui et qu'il développe une haine envers lui-même parce qu'il est méchant et inutile. Lorsque cette haine devient insupportable, le suicide représente le seul échappatoire.

Baechler (1975) s'oppose à ces théories qui expliquent le suicide comme le résultat soit de forces intérieures, soit de forces extérieures. Il conçoit le suicide comme étant un moyen de résoudre un problème, une manière logique et universelle de faire face à des difficultés lorsque les autres réponses ont été inefficaces. Selon cette approche, le suicide n'est plus un choix mais une absence de choix, d'alternatives. La personne suicidaire se sent dans une impasse, dans un tunnel où la seule alternative est le suicide. Toutes les tentatives d'adaptation imaginées par celle-ci se sont soldées par un échec, et apparaissent alors des sentiments d'impuissance et de désespoir qui, à leur tour, produisent un rétrécissement du champ cognitif.

Cette vision de l'acte suicidaire est similaire à celle de Ringel (1953) et, plus récemment, à celle de Shneidman (1985). Ce dernier définit le suicide actuel dans la société occidentale comme un acte conscient d'auto-destruction ayant de multiples sources, et vécu par un individu dans un état de besoins psychologiques qui perçoit que le suicide est la meilleure chose qu'il lui reste à faire. Pour l'auteur, se suicider ne représente pas un geste vers la mort, mais un mouvement pour s'éloigner et se défaire d'une émotion intolérable.

L'apport de Shneidman à une meilleure connaissance de cette problé-matique est considéré très important chez nos voisins américains. Dans son ouvrage le plus récent, publié en 1985, il présente ce qu'il considère être les caractéristiques des personnes suicidaires les plus représentatives, et ce, pour toutes les catégories d'âges, qu'elles soient jeunes, âgées, pauvres, riches, etc.:

Caractéristiques communes

a) *spects situationnels:*	le stimulus commun dans le geste suicidaire est une douleur psychologique insupportable
	le stress commun provient de la frustration causée par des besoins psychologiques non-satisfaits
b) *aspects cognitifs:*	l'intention commune est de trouver une solution
	le but commun est de faire cesser la douleur psychologique
c) *aspects affectifs:*	les émotions communes sont l'impuissance et le désespoir
	l'attitude interne commune est l'ambivalence entre la vie et la mort
d) *aspects relationnels:*	l'acte interpersonnel commun est la communication de l'intention suicidaire
	l'action commune est de quitter autrui
e) *aspects historiques:*	la consistance commune est d'avoir des modes adaptatifs liés à l'histoire de vie.

Privilégier une approche sociologique et écologique plutôt que l'approche psycho-dynamique demeure, à notre avis, un choix personnel dicté par le cadre de référence auquel on adhère. L'une et l'autre fournissent des éléments permettant une meilleure compréhension du phénomène suicidaire sans toutefois apporter de nuances et sans tenir compte des différences individuelles. Peut-on affirmer sans l'ombre d'un doute que tout

adolescent suicidaire retourne vers lui-même une impulsion d'agressivité envers autrui ou encore que toute femme âgée de soixante-six ans dans une situation de veuvage et vivant seule est une candidate au suicide? Un modèle tend, par définition, à généraliser une explication pour tous les individus concernés et devient ainsi réductionniste en ramenant la réalité à sa plus simple expression.

La proposition de Shneidman a l'avantage de situer le comportement suicidaire dans une perspective englobante et individualiste à la fois. Elle ne dit pas pourquoi une telle personne ressent une douleur insupportable, mais que toutes les personnes suicidaires ressentent cette douleur qu'elles veulent faire cesser. Les causes d'un comportement sont certes importantes à connaître, mais il semble de plus en plus que l'étiologie du comportement suicidaire est fort complexe et qu'elle ne peut être cernée par un modèle.

CHAPITRE III

LE SUICIDE CHEZ LES JEUNES

STATISTIQUES

Habituellement lorsqu'on aborde le sujet du suicide chez les jeunes, on s'attarde aux tranches d'âge des 15-19 ans et des 20-24 ans et il est fréquent que l'on oublie de mentionner le suicide chez les jeunes et les enfants entre cinq et quatorze ans.

Chez les cinq à dix ans les statistiques publiées en 1981 établissent le taux à 1,0/100,000 habitants; chez les 10-14 ans, le taux québécois en 1985 est de 1,4/100,000 habitants (Santé et Bien-Etre Social, 1984). Ces taux sont relativement faibles mais des rumeurs récentes laissent croire qu'il y aurait une forte augmentation surtout dans la population des 10-14 ans. Il est difficile de dire si ces rumeurs sont fondées ou non parce que, d'une part, le Québec ne possède pas de statistiques récentes et, d'autre part, les suicides de ces jeunes peuvent avoir été reconnus comme geste suicidaire alors qu'autrefois on les considérait comme des accidents. Il y a quelques années à peine un enfant tombait d'un balcon et on supposait qu'il jouait à Superman ou un autre ingurgitait un produit toxique et l'on croyait que c'était à cause de son besoin de goûter à tout!

Aujourd'hui, les professionnels en médecine infantile investiguent davantage le contexte dans lequel surviennent ces "accidents" chez les jeunes et ils ont pu reconnaître chez les survivants des intentions suicidaires. Il est dorénavant accepté qu'un enfant de six, huit ou douze ans puisse être désespéré au point de vouloir fuir sa réalité. Son désir de mourir n'est peut-être pas très clair (les concepts de mort et de finalité n'étant pas encore bien développés) mais il ressent le désir d'un soulagement. Il veut arrêter d'avoir mal. Donc le phénomène existe, mais il est difficile d'en connaître l'ampleur et la progression.

Les statistiques les plus récentes sur la situation du suicide au Canada, publiées par le Ministère de la santé et du bien-être social, remontent à 1985. Pour la population des 15-19 ans, le taux québécois se situe à 13,1/100,000 habitants et passe à 22,4 pour la tranche d'âge 20-24 ans. Les taux canadiens sont respectivement de 11,2 et de 17,7. Comparé aux autres provinces canadiennes et aux deux territoires, le Québec se place au 7e rang pour la tranche des 15-19 ans derrière les Territoires du Nord-Ouest (56,6), le

Yukon (52,6), le Manitoba (15,4), l'Alberta (14,4), la Nouvelle-Ecosse (13,6) et la Saskatchewan (13,5). Dans le groupe des 20-24 ans, le Québec est au 4e rang précédé par le Yukon (45,5), les Territoires du Nord-Ouest (35,7) et la Saskatchewan (24,8).

La moyenne canadienne pour la population en générale est de 12,9/100,000 habitants alors que celle du Québec est de 17,1/100,000 habitants nous situant au premier rang des 10 provinces canadiennes mais derrière le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest qui ont des taux respectifs de 35,1 et 25,5 (Santé et Bien-Etre Social, 1987). Au niveau international, le Canada occupe le troisième rang (16,9) et n'est dépassé que par la Finlande (20,7) et égalé par l'Allemagne Fédérale (Organisation Mondiale de la Santé, 1978).[1]

Les moyens les plus souvent utilisés sont l'arme à feu, l'empoisonnement, l'intoxication médicamenteuse et la pendaison. Les garçons ont, dans une proportion plus grande, recours à l'arme à feu alors que les filles utilisent davantage l'intoxication médicamenteuse (Charron, 1981).

Ces statistiques ne révèlent probablement pas toute l'ampleur des suicides complétés si l'on considère le nombre d'accidents automobile, de noyades ou d'intoxications (aux drogues: "overdose") qui sont peut-être des suicides camouflés. Au Centre de prévention du suicide de Los Angeles on estime qu'il y a 50% des accidents chez les adolescents qui sont des suicides (Corbeil, 1984). Puisque les accidents automobile sont la première cause de mortalité au Québec chez les jeunes, suivis par le suicide, on ne peut que constater l'importance du phénomène dans notre population.

Mais les suicides complétés ne représentent malheureusement que la pointe de l'iceberg. Les tentatives de suicide sont beaucoup plus répandues. Le taux exact est aussi difficile à obtenir puisque plusieurs jeunes ne se présentent pas à l'urgence d'un hôpital après leur tentative car elle ne nécessite pas nécessairement de traitement médical. Ces tentatives ne doivent cependant pas être laissées pour compte parce qu'elles ne seraient pas sérieuses. Plusieurs échouent, non par un manque de volonté à mourir, mais plutôt par un manque de connaissance des moyens efficaces.

---

[1] ces statistiques ne couvrent pas l'ensemble des pays industrialisés.

Plusieurs auteurs ont toutefois tenté de faire des estimations du taux de tentative. Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) estiment que le ratio tentative de suicide/suicide complété est de 200:1 chez les jeunes au Québec. Dans d'autres études, les taux varient entre 20:1 et 50:1 (Rosenkrantz, 1978; Jarvis, Ferrence et Johnson, 1976) alors qu'ils sont de 8:1 pour les adultes (Rosenkrantz, 1978). Les tentatives sont beaucoup plus nombreuses chez les filles que chez les garçons alors que l'inverse est noté pour les suicides complétés. Les ratios filles/garçons sont de 4:1 au Québec (Beauchamps, 1982) comparé à 3:1 aux Etats-Unis (Garfinkel, Froese et Hood, 1982; Marks et Haller, 1977; Sudach, Ford et Pushforth, 1984) et à 2:1 en France (Davidson et Choquet, 1981. Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) dans leur recherche auprès de 667 étudiants de niveau collégial obtiennent un pourcentage de 8,1% de jeunes qui ont déjà fait une tentative et le pourcentage chez les filles est le double de celui des garçons (10,5% vs 4,3%). La plupart des tentatives de suicide des jeunes se produisent à l'intérieur du domicile familial avec au moins un parent présent (Davidson et Choquet, 1981; Garfinkel, Froese et Hood, 1982).

A travers les quelques études qui tentent d'estimer le nombre de jeunes aux prises avec des idéations suicidaires sérieuses, on constate qu'elles sont fort répandues. Dans l'étude de Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984), un étudiant sur cinq (21,2%) avouait avoir déjà pensé sérieusement à se suicider au cours de sa vie et un sur huit (12,2%) au cours des douze mois précédant l'enquête. Encore une fois, le pourcentage est de moitié plus élevé chez les filles (24,1% vs 16,1%). Les moyens les plus souvent envisagés sont l'intoxication médicamenteuse (40%), une lacération (19,4%), et le métro (11,6%). En Ontario, Evans, Williams et McKinnon (1985) rapportent que 35% de leur échantillon d'étudiants de niveau universitaire a déjà pensé au suicide. Trois études américaines rapportent des pourcentages respectifs de 10,4%, 47% et de 25,2% (Goldberg, 1981; Mishara, 1982; Smith et Crawford,1986).

FACTEURS DE RISQUE

L'augmentation remarquable du taux de suicide chez les jeunes a incité de nombreux chercheurs à tenter de découvrir les principaux facteurs reliés aux comportements suicidaires dans le but d'en connaître les causes. Bien que ces recherches ne nous fournissent pas un portrait clair du jeune suicidaire, car elles n'ont pu rapporter de liens de causalité, elles ont le mérite de nous éclairer sur une foule de facteurs de risque permettant

ainsi d'identifier des sous-populations à risque élevé auprès desquelles une prévention primaire peut être adéquate et nécessaire. D'autres chercheurs ont davantage utilisé une approche médicale pour établir s'il existe ou non un lien entre certaines psychopathologies et le suicide. Dans la présente section nous présentons ces principales études

Psychopathologie et comportements suicidaires

Un des mythes circulant dans la population attribue à l'individu suicidaire un désordre psychologique quelconque, comme si le désir de vouloir se tuer ne pouvait surgir que chez une personne atteinte d'une maladie psychiatrique. La dépression sous toutes ses formes est le problème le plus souvent mentionné. Cependant, certains chercheurs n'ont pas pu montrer de liens bien établis entre la dépression définie cliniquement (i.e., selon les critères de diagnostics utilisés en psychiatrie) et le suicide (Emery, 1983; Mattson, Sesse et Hawkins, 1970, Wold et Litman, 1973). D'autres, tels que Tishler, McHenry et Morgan (1981) retrouvent des signes évidents de dépression chez la majorité de leurs sujets. Il est important de mentionner toutefois que ces chercheurs n'avaient pas de groupe de comparaison mais seulement des jeunes hospitalisés en psychiatrie suite à une tentative de suicide.

Lorsqu'un groupe de comparaison est utilisé, les chercheurs en arrivent parfois à la conclusion que le degré de dépression n'est pas plus élevé chez les jeunes qui sont hospitalisés suite à une tentative de suicide que chez ceux hospitalisés pour des problèmes autres et qui ne présentent pas de comportements suicidaires (Slater et Depue, 1981; Mattson, Sesse et Hawkins, 1970). Shaffer (in Holden, 1986) rapporte que seulement 20% de son échantillon de jeunes suicidaires manifestait des symptômes de dépression. Shafii (in Holden, 1986) obtient des résultats contraires. A partir d'autopsies psychologiques il compare un groupe de jeunes suicidés à un groupe contrôle formé de pairs des suicidés et trouve que 95% des jeunes du premier groupe avait au moins un désordre psychiatrique comparé à 48% des jeunes du groupe de comparaison. Selon cet auteur, le suicide ne se retrouve pas chez un adolescent sain qui réagit à une crise personnelle mais il est plutôt le résultat de désordres émotifs sérieux qui n'ont pas été préalablement dépistés et/ou traités.

Comme le mentionne Orbach (1984), ces études ne sont pas concluantes et semblent plutôt démontrer que les jeunes suicidaires se retrouvent autant dans des populations

pathologiques que non-pathologiques. Wold et Litman (1973) prétendent que la population des jeunes ayant réussi leur suicide se divise en deux groupes: 50% qui présente des problèmes psychologiques de toutes sortes nécessitant des traitements psychologiques, et 50% qui vit des crises situationnelles sans antécédents de problèmes psychiatriques.

Nous ne pouvons pas pour autant conclure que les jeunes suicidaires ne manifestent aucun signe d'un état dépressif, d'une impuissance ou d'un désespoir. Vivre une crise qui ne se résout pas entraîne une période d'anxiété fréquemment accompagnée d'émotions difficiles qui font apparaître des symptômes dépressifs tels que l'insomnie, la perte d'appétit, etc. Toutefois, être dans un état dépressif ne signifie pas obligatoirement être atteint d'une maladie psychiatrique.

Caractéristiques de la personnalité

Peu de données concluantes existent présentement sur les traits de personnalité du jeune suicidaire. Bien au contraire, on semble de plus en plus croire qu'il n'y a pas de personnalité suicidaire type. Néanmoins, nous présentons ici les études qui ont tenté de dégager les caractéristiques les plus courantes.

Marks et Haller (1977) notent dans leur échantillon de jeunes suici-daires que les garçons sont impulsifs, préoccupés, sceptiques et perfection-nistes alors que les filles sont faibles, dépendantes, d'humeur instable ou dépressives. Davidson et Choquet (1981), dans une vaste enquête épidémiologique, notent que 56% de leurs sujets suicidaires vivent des états moroses alors que Weight (1979) souligne que ce sont des jeunes qui s'énervent facilement et qui ont trop tendance à travailler. Pour les sujets de Kosky (1983) ce sont l'anxiété et l'hostilité qui sont les caractéristiques dominantes. Dans leur large échantillon de 1,768 étudiants universitaires, Wright, Snodgrass et Emmons (1984) rencontrent plusieurs caractéristiques dont les principales sont: se sentir inutile, ne plus avoir d'espoir en l'avenir, être troublé, instable, insécure et nerveux.

Gilead et Mulaik (1983) ont administré un test d'intelligence à treize adolescents suicidaires ainsi qu'à treize adolescents ayant des problèmes psychiatriques et treize adolescents dit "normaux" par les auteurs et les suicidaires ont obtenu un score significativement plus bas. Par contre, Pettifor, Perry, Plowman et Pitcher (1983)

comparent des suicidaires à un groupe de non-suicidaires consultant une clinique en santé mentale et ne trouvent aucune différence significative sur le quotient intellectuel.

Problèmes de santé physique

Des problèmes de santé physique sont notés chez environ 10% des jeunes canadiens (Tousignant, 1984). Dans une population de jeunes qui ont fait une tentative de suicide, étudiée par Davidson et Choquet (1981), 30 à 40% de cet échantillon se déclare en mauvaise santé physique. Dans la recherche de Hawton (1982) près de 50% des sujets ayant fait une tentative de suicide ont vu leur médecin dans le mois précédant la tentative et 25% dans la semaine précédant la tentative. Les maladies les plus souvent associées sont le diabète, les transplantations du rein et la sclérose en plaque (Petzel et Cline, 1978; Bryan et Herjanic, 1980).

La visite chez le médecin est assez fréquente dans les mois précédant une tentative de suicide. La période de crise suicidaire, que ce soit chez le jeune ou l'adulte, suscite des moments de grande anxiété et le médecin est alors vu comme un agent de soulagement via les médicaments. Les docteurs en médecine générale peuvent être des personnes-clés dans le dépistage de jeunes et d'adultes suicidaires.

Echec scolaire

L'échec scolaire est un problème rencontré avec une certaine régularité dans des populations de jeunes suicidaires. Dans la vaste étude de Davidson et Choquet (1981), auprès de 2,088 jeunes âgés de quinze à dix-neuf ans, 42% des filles et 61% des garçons suicidaires rapportent des difficultés à l'école. Peck et Shrut (1971) ont remarqué dans leur échantillon que l'on retrouvait significativement plus de non-suicidaires au-dessus de la moyenne et qu'il y avait 8% des jeunes suicidaires qui subissaient des échecs scolaires. Les auteurs concluent que seulement un faible pourcentage de jeunes suicidaires échouent à l'école. Dans un groupe de 200 sujets, âgés de douze à dix-huit ans, interrogés suite à une tentative de suicide, Wenz (1979) trouve que 50% sont sous la moyenne de leur classe, 25% dans la moyenne et 20% au-dessus. Cet auteur n'a pas de groupe de comparaison et il s'avère donc difficile d'interpréter ces données.

Une pauvre performance académique est, selon Petzel et Riddle (1981) un des facteurs de risque le plus souvent associé au suicide chez les jeunes. Ils maintiennent que la pression exercée par les parents pour une performance accrue, surtout chez des jeunes dont les habiletés intellectuelles sont moyennes, peut être une source de stress qui les conduit à des comportements suicidaires. Peck et Shrut (1971) notent d'ailleurs qu'aux Etats-Unis les taux de suicides réussis et de tentatives sont plus élevés dans les collèges et universités réputés où la performance académique impose un stress remarquable pour les étudiants.

Les résultats présentés ci-haut rendent prématuré l'établissement de la direction du lien entre ce facteur de risque et le suicide. Bien qu'un fort pourcentage de jeunes suicidaires démontrent une performance académique parsemée de difficultés, on ne peut dire si ceci est causé par les comportements suicidaires ou si les comportements suicidaires sont conséquents à cette situation. En d'autres mots, la crise suicidaire, comme il est mentionné ailleurs, s'inscrit dans une période de tension et de désorganisation pendant laquelle on devient moins fonctionnel, moins efficace et moins performant. Un ou des échecs scolaires peuvent alors apparaître et parfois devenir l'élément déclencheur (la goutte qui fait déborder le vase...) d'une tentative de suicide.

Vie sentimentale

L'adolescence et les premières années de l'âge adulte requièrent de nombreuses adaptations. L'une d'entre elles est de connaître les premiers et tulmultueux aléas de la vie amoureuse. La perte de l'être aimé est souvent synonyme d'un lendemain sans espoir chez les jeunes et leurs peines d'amour sont fréquemment l'événement déclencheur de leurs comportements suicidaires. A cet effet, Jacobs (1967) rapporte que 58% de son échantillon de jeunes suicidaires se trouvent en phase de bris de relation au moment de la tentative et Wenz (1979) rapporte 33% de jeunes avec des idéations suicidaires sérieuses. Dans une étude menée auprès de 25 jeunes ayant des idéations suicidaires sérieuses et de 25 jeunes non-suicidaires ayant tous vécus une peine d'amour, Tousignant et Hanigan (1986) analysent cet événement en fonction de l'intensité avec laquelle il est vécu dans les deux groupes. Cette étude démontre que les jeunes suicidaires vivent une relation amoureuse plus intense avec projet de cohabitation ou de mariage à court terme. De plus, la gravité de l'événement est jugée plus élevée dans ce groupe et les conséquences ont des effets à long terme forts alors que chez les non-suicidaires les conséquences sont

majoritairement faibles ou moyennes. Les auteurs évaluent que la peine d'amour a laissé plus de traces profondes chez les jeunes suicidaires soit parce que la relation était plus sérieuse au départ, ou parce que ces jeunes étaient plus vulnérables psychologiquement ou encore parce qu'ils vivaient d'autres événements de vie difficiles.

Variables familiales

De tous les facteurs de risque les plus souvent associés à la problé-matique suicidaire chez les jeunes, les variables concernant la famille retiennent l'attention des chercheurs. Certaines études s'attardent à la perte d'une parent par décès ou séparation/divorce alors que d'autres se préoccupent davantage du climat de stabilité de la famille et/ou des carences parentales dans les soins apportés aux enfants, ou encore à des problèmes de santé physique et mentale chez les parents.

Perte d'un parent

La perte d'un parent réfère ici à un décès ou à la séparation ou au divorce des parents. Certaines études font une distinction entre ces deux types de perte alors que d'autres les incluent sous une même catégorie.

Selon les statistiques québécoises, le taux de suicide chez les jeunes est plus élevé dans les régions où le taux de divorce est aussi plus élevé. Il est donc fort tentant de relier les deux phénomènes. Plusieurs études rapportent effectivement des différences significatives dans le pourcentage de jeunes provenant de familles désunies comparé à ceux élevés dans des familles intactes. Adams, Bouckoms et Streiner (1982) dans une étude auprès de 98 patients hospitalisés suite à une tentative de suicide et de 102 non-suicidaires qui se sont présentés en pratique générale, partagent leur échantillon entre ceux qui ont subi la perte d'un parent suite à un décès et ceux par séparation ou divorce. Leurs résultats montrent un lien significatif entre les comportements suicidaires et la perte par séparation/divorce alors qu'aucun lien n'est noté pour une perte par décès. Des résultats semblables quant à la perte par décès confirment ceux de Crook et Raskin (1975) et de Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984). Adams, Bouckoms et Streiner (1982) obtiennent 25% de jeunes suicidaires qui proviennent de familles désunies contre 8% pour le groupe contrôle. Kosky (1983), pour sa part, a des pourcentages beaucoup plus élevés lorsqu'il compare des jeunes suicidaires fréquentant une clinique externe en psychiatrie à

des jeunes fréquentant la même clinique mais sans histoire suicidaire. En effet, dans le premier groupe 80% des sujets sont issus de familles où il y a eu une perte parentale comparé à 20% pour le deuxième groupe. De plus, ces pertes sont arrivées dans les douze mois précédant la tentative de suicide. L'échantillon de Kosky était cependant petit (N=20). Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) arrivent à des résultats similaires lors de leur étude auprès de 667 collégiens alors qu'ils prétendent que les jeunes provenant de familles désunies ont 77% plus de chance de présenter des comportements suicidaires. D'autres études rapportent des données qui tendent à confirmer les précédentes (Goldney, 1981; Schrut, 1968; Ross, Clayer et Campbell, 1983, Pettifor, Perry, Plowman et Pitcher, 1983).

Cependant, d'autres chercheurs suivant des méthodologies similaires n'obtiennent pas les mêmes résultats. Ainsi Stanley et Barter (1970) en comparant un groupe de jeunes suicidaires à un groupe en psychiatrie ne trouvent aucune différence significative entre les deux groupes quant à cette variable "perte d'un parent". Toutefois, un lien significatif apparaît quand la perte a été subie avant que le jeune ait atteint l'âge de 12 ans. Shafii, Carrigan, Whittinghill et Derrick (1985) dans leur étude sur 20 adolescents décédés par suicide, qu'ils comparent à 17 adolescents non-suicidaires et sans histoire psychiatrique, ne trouvent pas de lien entre la perte d'un parent et le suicide. Dorpat (1965) et Jacobs (1967) obtiennent les mêmes résultats.

On ne peut donc pas affirmer que les recherches sont concluantes. Aucune des recherches citées plus haut n'a pu établir un lien clair entre le suicide et la perte d'un parent. Il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats et il faut éviter de tomber dans le piège de dire que la société québécoise a un haut taux de suicide chez les jeunes à cause de son haut taux de séparation et de divorce des parents.

- ***Climat familial***

Jacobs (1967) souligne que ce n'est pas la séparation en soi qui est déterminante mais plutôt le climat qui existe au sein de la famille. Chabrol (1984) partage cette opinion et avance qu'un amour contrarié ou un échec scolaire ne conduisent au suicide que s'ils entrent en résonnance avec une dynamique familiale perturbée et/ou chaotique. Les enfants de parents séparés ou divorcés ont, pour la plupart, vécu dans leur famille des épisodes de conflits entre les parents que ce soit avant, pendant ou après la séparation.

Adams, Bouckoms et Streiner (1982), dans cette même étude que nous avons présentée plus haut, rapportent que dans leur groupe de suicidaires un fort pourcentage provient de familles chaotiques et instables, que la famille soit intacte ou non. Un élément nouveau est apporté alors que les auteurs font une distinction temporelle dans leur mesure de stabilité familiale dans tous les cas où il y a une perte. Dans un premier temps, tous les sujets suicidaires et non-suicidaires sont divisés en sous-groupes: suicidaires et familles désunies; suicidaires et familles intactes; non-suicidaires et familles désunies et non-suicidaires et familles intactes. Dans les deux groupes où il y a une perte parentale, les analyses montrent que les sujets suicidaires ont vécu une plus grande instabilité familiale que les non-suicidaires. Dans la période qui suit immédiatement la séparation, les auteurs ne trouvent aucune différence significative entre les deux groupes. Ils supposent que ceci est dû à une diminution de stabilité dans les familles de jeunes non-suicidaires. A long terme, les sujets non-suicidaires semblent se remettre des effets de la perte alors que la famille regagne le niveau de stabilité antérieur à la séparation. Chez les sujets suicidaires, on remarque au contraire une détérioration du climat familial même à long terme.

Pour les sujets provenant de familles intactes seulement 14% des suicidaires ont une famille stable, 35% une famille instable et 21% une famille chaotique comparé à 60% des non-suicidaires qui vivent dans un environnement stable, 35% instable et 5% chaotique. Pour ces auteurs, ce qui distingue le plus les suicidaires avec une histoire de perte et les non-suicidaires, est l'inhabilité de la famille à répondre de façon constructive à la crise causée par la perte et à réorganiser la famille. Ils concluent que l'instabilité familiale est peut-être la principale variable dans l'étiologie du suicide.

Dans une étude de Tousignant, Bastien, Hamel et Hanigan (1986) comparant, entre autre, le climat familial d'un groupe de 25 collégiens avec des idéations suicidaires sérieuses à un groupe équivalent et non-suicidaire, les premiers obtiennent des résultats qui tendent à confirmer l'hypothèse que ce n'est pas la séparation qui a un effet délétère mais plutôt un climat familial perturbé. En effet, dans leur groupe de jeunes suicidaires 40% proviennent de familles intactes, 44% de familles désunies et 16% d'une famille où le père ou la mère est décédé. Il est à noter que dans le groupe de jeunes suicidaires le climat familial est demeuré orageux même si la séparation date de plusieurs années. Les jeunes ont des difficultés dans leurs relations avec leurs parents et vivent tous des situations lourdes (alcoolisme et/ou dépression d'un parent, querelles avec les parents, conflits entre les parents, absence de contacts émotifs avec le père, etc.).

Dans les familles intactes, il n'y a que deux jeunes sur onze pour qui la relation avec les parents ne semble pas problématique. Dans les autres cas, il y a soit menace de séparation, soit absence du père ou alcoolisme chez celui-ci ou encore une guerre ouverte entre les parents et/ou entre les parents et l'adolescent. Dans le groupe où un parent est décédé, aucun des quatre sujets ne vit, au moment de l'enquête, avec le parent survivant et la relation avec celui-ci est jugée très négative. Sur les 25 cas étudiés, 23 vivent des situations problématiques.

Dans le groupe des non-suicidaires il n'y a que six sujets sur 23 qui proviennent de familles désunies et aucun n'a eu à vivre le décès d'un parent. Le climat familial dans le groupe familles désunies n'apparaît pas idéal mais plus paisible que dans le groupe des suicidaires. La plupart (4/6) ont un bon contact avec la mère et seulement deux sujets rapportent des expériences familiales pénibles. Les jeunes vivant dans des familles intactes ne font généralement état d'aucun élément de conflit grave. Certains rapportent de légers différents avec leurs parents (adolescence oblige!) mais aucun ne se dit troublé par ceux-ci.

Ross, Clayer et Campbell (1983) dans une recherche effectuée auprès de 157 étudiants universitaires concluent que plus la relation avec les parents est négative plus les idéations suicidaires augmentent. Les résultats sont similaires chez Wright (1985) qui rapporte que, pour les étudiants de niveau secondaire et collégial présentant des comportements suicidaires, les parents de ceux-ci ont beaucoup de conflits entre eux. Les étudiants du secondaire rapportent significativement plus d'alcoolisme chez le père et, ceux de niveau collégial, significativement plus d'abus physiques et de conflits avec leurs parents. McHenry, Tishler et Kelley (1982), comparant 46 adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide à 46 adolescents non-suicidaires, obtiennent des résultats qui démontrent un lien significatif entre comportements suicidaires et relation négative avec les parents. Les suicidaires jugent le temps passé avec leurs parents moins agréable que les non-suicidaires et considèrent que le mariage de leur parents n'est pas très heureux.

Farberow (1985), dans une revue de littérature sur le suicide dans dix pays, souligne que la variable qui contribue le plus significativement au suicide chez les jeunes est celui concernant la famille. Parmi les principaux facteurs, l'auteur mentionne les relations chaotiques, la violence et les abus physiques, l'alcoolisme des parents, les mésententes conjugales et les comportements suicidaires d'un des parents.

Les facteurs mentionnés ci-haut sont fréquemment utilisés comme indice de carence parentale durant l'enfance et certains auteurs mesurent le climat familial à partir de variables de ce type. Green (1978 in Brooksbank, 1985) trouve une incidence élevée de comportements auto-destructeurs chez soixante enfants abusés physiquement. Hawton (1982) confirme le même lien. Pour Morgolin et Teicher (1968) les mères immatures incapables de répondre adéquatement aux besoins de leur enfant et les pères indifférents ou absents sont des facteurs liés au comportement suicidaire. Smith et Crawford (1986) dans leur étude auprès de 313 étudiants de niveau secondaire évaluent la proportion d'étudiants ayant déjà fait une tentative de suicide et partagent l'ensemble de leur échantillon en quatre catégories: les non-suicidaires qui n'ont aucune idéation ou tentative de suicide; les idéateurs, ceux qui ont des idéations sans planification; les planificateurs, ceux qui ont planifié leur suicide; et ceux ayant au moins une tentative de suicide. Les résultats obtenus montrent des différences significatives sur plusieurs items et celles-ci augmentent de catégorie en catégorie (i.e., des non-suicidaires à ceux ayant fait une tentative). Ces items significatifs sont: abus physiques, mauvaises relations avec la mère, connaître quelqu'un qui s'est suicidé, nombreux événements pénibles durant l'année, se sentir déçu par les autres, et le viol pour les filles. Wright, Snodgrass et Emmons (1984), avec un échantillon de 1,768 étudiants universitaires, trouvent une différence significative entre les suicidaires et les non-suicidaires sur 14 de leur 15 variables familiales. Les plus hautement significatives sont: parents souvent en colère, abus physique et conflits avec les parents.

Le plus évident à partir de nos lectures est que le rôle de la variable familiale qui occupe une place prépondérante dans l'étiologie des manifestations suicidaires. Mais peut-on par ailleurs établir avec certitude un lien de causalité entre les deux? N'existe-t-il pas des familles perturbées sans adolescents suicidaires? Des systèmes familiaux qui produiront des adolescents délinquants, anorexiques, déprimés, etc?

Pour Brown (1985) le suicide reflète un profond déficit dans le système familial qui peut causer chez un enfant le sentiment profond qu'il n'est pas une personne que l'on peut aimer et que son existence n'a pas de valeur aux yeux des autres. Ce sentiment serait issu d'un manque de mutualité émotive entre lui et ses parents. Brown croit que l'une des tâches de la famille est de développer cette mutualité qui valide l'existence de l'enfant. Si cette validation n'existe pas, l'adolescent n'aura pas les habiletés nécessaires pour intégrer les émotions difficiles ce qui entravera sa route vers l'individualité. Hendin (1963)

abonde dans le même sens et prétend que l'enfant mal aimé et souffrant de carences développera un sentiment d'engourdissement ("numbness") qui se traduira par le sentiment de ne pas exister. Puisque la mort émotive existe, pourquoi ne pas la rendre effective et tuer le corps aussi!

Pour Fish et Waldhort-Letzel (1981) la cause première du suicide est l'attitude de parents qui n'inculquent pas à leur enfant le sentiment qu'il a de la valeur, ce qui l'amène à avoir une image négative de lui-même. Cette image l'empêche de développer des mécanismes pour faire face à ses problèmes. Farberow (1985) croit aussi que les jeunes qui ne connaissent pas de bonnes relations avec leur famille développent peu de stratégies d'adaptation. Lorsqu'ils doivent traverser des situations difficiles, des sentiments d'impuissance apparaissent. Ils ont alors l'impression qu'ils perdent le contrôle et qu'ils ne peuvent changer quoi que ce soit. L'auteur voit l'acte suicidaire comme un ultime effort pour exercer un contrôle sur leur vie. Aldridge (1984) croit que la différence entre les adolescents suicidaires et ceux présentant d'autres symptômatologies vient d'un processus dans lequel la famille des suicidaires continue d'être désorganisée, car les efforts antérieurs pour trouver des solutions à leurs difficultés ont échoué. La stabilité familiale ne retrouve pas son équilibre d'avant la crise.

Finalement, on ne peut que conclure que les variables familiales mentionnées ci-dessus, lorsqu'elles sont présentes dans la vie d'un enfant ou d'un adolescent, augmentent le risque que celui-ci développe des comportements suicidaires pendant la période de l'adolescence ou à l'âge adulte

Intégration sociale

Dans notre culture occidentale, l'adolescence est un stade de développement durant lequel le jeune n'est plus tout à fait un enfant mais n'est pas tout à fait un adulte. Goodman (1960 in Maris, 1985) prétend que ceci est le plus grand problème des jeunes aujourd'hui car ils ne sont pas utiles à la société et ils n'y sont pas intégrés. Alors qu'ils ont atteint l'âge de travailler et la maturité sexuelle, on s'habitue difficilement à ce qu'ils aient une vie sexuelle comme celle des adultes et, à cause du taux de chômage élevé, on diffère le moment où ils seront sur le marché du travail. Les jeunes sont donc isolés de la vie active. Pour cet auteur, les jeunes ont des problèmes sociaux, tels que le suicide et la toxicomanie, parce qu'ils ont été mis à l'écart de cette participation à la société et qu'en

plus, ils sont soumis à des pressions et à des stress provoqués par une société orientée vers la performance. La société a rendu l'adolescent impotent et cette période est parfois perçue par l'adolescent comme une parenthèse ou alors comme une maladie terminale.

L'isolement social comme indice de carence de l'intégration sociale des jeunes a fait l'objet de plusieurs études. Jacobs (1967) souligne que le suicide chez les jeunes est l'aboutissement d'une réaction en chaîne au terme de laquelle les relations sociales significatives disparaissent. Les jeunes suicidaires vivraient une quantité plus grande d'événements critiques durant lesquels l'absence de soutien les amènerait à ne plus croire en l'apport d'autrui et à modifier progressivement leur perception d'une relation sociale significative. Topol et Reznikoff (1982) en arrivent à des conclusions similaires lorsqu'ils comparent trois groupes d'adolescents; leur groupe de sujets suicidaires rapportent significativement plus de problèmes dans leurs relations avec leurs pairs et la présence moins fréquente d'un confident. Mêmes résultats dans l'étude de Tyerman et Humphrey (1983) lorsqu'ils comparent une population d'adolescents suicidaires suivis par des services psychiatriques à des jeunes qui n'ont jamais reçu de tels soins. Que les jeunes suicidaires soient comparés à des pairs avec des problèmes psychiatriques ou à ceux ne présentant aucun type de pathologie ou de comportements suicidaires, les résultats des recherches ci-après démontrent qu'ils sont plus isolés et qu'ils entretiennent peu de relations significatives (Marks et Haller, 1977; Stanley et Barter, 1970; Lester, 1969; Crumley, 1979; Peck et Schrut, 1971; Litman et Diller, 1985; Hawton, Osborn, O'Grady et Cole, 1982; Slater, 1981).

Chez certains auteurs, des nuances intéressantes sont apportées. Bien que de nombreux adolescents suicidaires soient physiquement isolés (i.e., peu d'amis, de confidents), il existe aussi une population d'adolescents suicidaires qui connaissent beaucoup de monde et certains peuvent même être qualifiés d'amis (Miller, 1981). La carence pour ces jeunes se situe davantage au niveau du soutien social de la part de la famille et du groupe de pairs et pour cette raison Stengel (1964 in Trout, 1980) s'objecte aux recherches ne portant que sur l'isolement social car elles sont trop limitatives. Elles omettent d'étudier les expériences de solitude, de détachement et d'aliénation. Giddens (1971) croit aussi que l'isolement est plus phénoménal qu'actuel et ceci rejoint l'opinion de Shneidman (1985) qui estime que les individus suicidaires ne sont pas nécessairement seuls mais qu'ils se sentent seuls.

Slater (1981) remarque que dans son échantillon de jeunes suicidaires le soutien social est significativement plus absent que dans son groupe contrôle composé de sujets dépressifs sans comportement suicidaire. Pour Wright (1985), les jeunes suicidaires de son échantillon reçoivent un soutien insatisfaisant de la part de leurs parents.

Hanigan, Tousignant, Bastien et Hamel (1986) dans leur recherche sur le soutien social reçu par des jeunes lors d'un événement critique, rapportent des différences significatives entre ceux ayant des idéations suicidaires sérieuses et les non-suicidaires, les suicidaires ayant moins de personnes importantes dans la famille. Aucune différence n'est notée, cependant, dans le nombre de personnes importantes au collège et à l'extérieur de ces deux unités (amis, professeurs, etc.). Ces jeunes ont significativement plus de conflits avec les membres de la parenté. Ceci tend également à confirmer que ce n'est pas tant l'isolement qui est un facteur important mais plutôt une absence de relations positives significatives avec la famille et la parenté. Il est intéressant de noter que les sujets des deux groupes reconnaissent avoir reçu du soutien social de leurs amis dans des proportions similaires mais qu'il existe une différence quant à leur satisfaction. En effet, dans le groupe non-suicidaire, le soutien est perçu comme étant satisfaisant car il répond adéquatement à leurs besoins et surtout à leurs attentes. Dans le groupe des suicidaires, au contraire, ils ne semblent ne pas avoir d'attentes ce qui les empêche de reconnaître les bienfaits du soutien, ou encore leurs attentes sont trop élevées. Ceux qui perçoivent qu'ils se sont relevés de l'événement assurent l'avoir fait seul et ceux qui tentent encore de le faire considèrent aussi qu'ils doivent s'en sortir seuls. Les auteurs ont l'impression qu'ils ne sont pas atteint par le soutien, qu'ils n'y sont pas réceptifs et, tout comme Shneidman (1985), ces chercheurs émettent l'hypothèse que leurs sujets ne sont pas isolés mais qu'ils se sentent seuls pour affronter leurs difficultés. Greenblatt (1982 in Aldridge, 1984) souligne aussi que même si des relations intimes sont importantes dans le maintien et l'amélioration du bien-être lors d'une situation stressante, la qualité de ces relations est encore plus importante.

Quelques auteurs se sont attardés au concept de mobilité géographique pour mettre en relation l'intégration sociale et le suicide. Tishler, McHenry et Morgan (1981) trouvent un lien entre des changements fréquents de résidence et les comportements suicidaires (ce lien a aussi été observé par Sainsbury ,1955 in Trout, 1980 et par Pettifor, Perry, Plowman et Petcher, 1983).

On rapporte qu'en plus de vivre des difficultés dans ses relations à sa famille et à ses amis, le jeune suicidaire a davantage de conflits à l'école avec ses professeurs et même s'il s'engage dans des activités para-scolaires, il a de la difficulté à avoir des relations avec ses pairs (Petzel et Riddle, 1981; Marks et Haller, 1977). Le climat scolaire est également appauvri par un taux d'absentéisme élevé dans les populations de jeunes suicidaires (Petzel et Riddle, 1981). Marks et Haller (1977) rapportent un plus haut taux d'abandon des études chez les garçons suicidaires.

Fisher et Ladame (1979) mentionnent l'intégration en relation avec la vie sexuelle et amoureuse de l'adolescent suicidaire et soulignent que celui-ci s'engage dans des relations hétérosexuelles précoces sans avoir préalablement établi d'autres liens avec un groupe d'amis. Pour Jacobs et Teicher (1967) ce phénomène reflète une carence dans les soins parentaux car l'adolescent tente de pallier à une absence d'attention et d'affection.

A partir de ce qui précède, l'on doit considérer l'isolement social comme facteur de risque important en ayant soin toutefois de considérer l'isolement affectif autant que l'isolement physique.

PROGRAMMES OU ACTIVITES DE PREVENTION DU SUICIDE AUPRES DES JEUNES

Le but de cette section n'est pas de présenter une liste exhaustive de ce qui se fait en prévention du suicide en milieu scolaire à travers la province. Une telle recension aurait pu à elle seule faire l'objet d'une recherche car en plus des programmes offerts dans certains centres de prévention, il y a des activités de sensibilisation auprès de jeunes organisées par d'autres organismes dans le cadre par exemple, d'une semaine en santé mentale dans un polyvalente, un collège ou une université.

Notre souci est davantage de permettre aux membres de la Commission d'avoir un aperçu de ce qui peut se faire en termes de préventions secondaire et tertiaire. Nous aborderons, dans ce qui suit, les raisons justifiant le choix d'aborder la problématique suicidaire chez les jeunes dans un milieu scolaire et l'impact de ces programmes, puis nous présenterons brièvement le type d'activités offertes dans cinq centres de prévention du suicide au Québec.

Le but de toute activités en prévention du suicide est de diminuer, voire même de cesser, l'incidence de comportements suicidaires afin que le taux de suicides réussis baisse. En prévention primaire, il faut agir pour empêcher l'apparition d'idéations suicidaires sérieuses. La prévention secondaire se situe au niveau du dépistage des personnes ayant des idéations sérieuses et qui envisagent de passer à l'acte. Il faut donc intervenir auprès d'elles pour qu'elles ne fassent pas de tentative. Au niveau tertiaire, il s'agit d'intervenir auprès de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide pour qu'elles ne récidivent pas.

Les principales activités que nous connaissons se rapprochent de la prévention secondaire et/ou tertiaire car elles se concentrent principalement sur le dépistage et sur le "quoi faire" lorsque l'on se retrouve face à une personne qui communique, de façon directe ou indirecte, une intention suicidaire. Cependant peu de ces activités en prévention secondaire se font dans une perspective globale. On ne s'assure pas, une fois la sensibilisation terminée, d'offrir des ressources adéquates aux jeunes en difficultés. Une campagne de sensibilisation sur une problématique aussi déconcertante suscite une panoplie d'émotions pour certains et il est important que des mesures soient prises pour répondre aux besoins que l'on crées. Nous ne suggérons pas que les activités de sensibilisation sont en soi inefficaces. Le suicide est un sujet tabou que l'on doit démystifier auprès de toute la population car trop de mythes empêchent la personne suicidaire d'être entendue, reconnue et aidée. La sensibilisation est nécessaire, mais insuffisante.

L'intérêt marqué pour les programmes en milieux scolaires secondaire et collégial vient de résultats de recherches qui démontrent clairement que les jeunes se confient davantage à leurs pairs qu'à toute autre personne (Tousignant, Hanigan et Bergeron, 1984) et qu'un message d'intention suicidaire sera avant tout dirigé vers un ami. Il devient donc primordial d'outiller les jeunes afin qu'ils puissent devenir des agents préventifs. L'école est le milieu privilégié pour rejoindre le plus grand nombre de jeunes et c'est aussi une institution qui peut offrir des ressources aux étudiants (tels que les infirmières, psychologues, animateurs de pastorale, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, etc.).

Les centres de prévention et leur programme

Suicide-Action Montréal a débuté son programme en septembre 1985 et, au cours des deux dernières années académiques, a rejoint 8,350 étudiants de niveaux collégial, 1020 professeurs, 85 professionnels non-enseignant, 495 parents et 270 membres du personnel de soutien, ce qui représente dix écoles. Leur programme de prévention du suicide est élaboré à partir d'une approche globale qui vise une intervention plus qualitative que quantitative. Tous les membres d'une école sont rencontrés et le suicide est démystifié par l'éducation et la sensibilisation. Ce programme permet l'initiation de tous les membres de l'école au dépistage et à la prise en charge d'un jeune suicidaire. De plus, des intervenants-clé, formés à l'intervention par Suicide-Action Montréal et identifiés au sein de l'école, assurent un suivi de crise à ces jeunes.

Les objectifs de ce programme, en plus d'informer et de sensibiliser la communauté de l'école, sont d'assurer une ressource adéquate à l'intérieur de l'école, de favoriser l'implantation d'un groupe d'entraide dans l'école, de favoriser la collaboration entre le milieu scolaire et les ressources environnantes, de favoriser une concertation et une collaboration entre tous les groupes visés et de diminuer l'incidence des comportements suicidaires chez les jeunes (Raymond et Gadbois, 1987).

Un des volets de leur programme est d'évaluer l'atteinte des objectifs. Des pré-test et post-test sont administrés à tous les participants. Les premiers résultats montrent que chez les étudiants il y a une différence significative entre le début et la fin du programme au niveau cognitif et affectif. Ces jeunes ont intégré intellectuellement les notions transmises sur la problématique et, le plus intéressant, c'est qu'ils les ont aussi intégrées aux niveaux des comportements et des attitudes face aux jeunes suicidaires. De différences significatives sont aussi notées dans la connaissance des ressources et sur la perception individuelle de leur capacité de dépister et d'intervenir. Autre résultat intéressant: 55% des jeunes qui ont consulté un intervenant-clé y étaient amenés par un pair. Ces quelques résultats préliminaires nous montrent qu'il est possible d'atteindre les jeunes aux prises avec des problèmes suicidaires, en espérant leur venir en aide adéquatement. On peut aussi miser sur les jeunes pour devenir des agents préventifs en ayant soin, bien entendu, de leur offrir un encadrement (Raymond, 1986). L'évaluation n'a cependant pas été faite pour mesurer l'impact à long terme. On ne sait donc pas si

l'effet du programme persiste lorsque l'équipe de Suicide-Action Montréal a quitté l'école ou six mois, un an après.

Le Collège Montmorency, le DSC Cité de la Santé Laval et Suicide-Action Montréal ont joint leurs énergies pour implanter un programme de prévention du suicide au Cegep. Ce projet s'échelonnerait (si la subvention demandée etait accordée) sur trois ans et serait axé, dans un premier temps, sur la prévention secondaire et tertiaire. La première phase porterait sur la sensibilisation et permettrait le dépistage et le suivi des jeunes en difficultés. L'équipe d'intervenants-clé serait formée de professeurs, de personnel non-enseignant et d'étudiants, équipe qui serait identifiée et connue dans le Collège. Les suivis à plus long terme seraient assurés par le Centre hospitalier Cité de la Santé, le CLSC du Marigot et Suicide-Action Montréal. La deuxième phase toucherait la prévention primaire par laquelle on développerait et mettrait en place des stratégies promotionnelles de qualité de vie dans le Cegep.

Dans la ville de Québec, le Centre de prévention du suicide, établi depuis plus de six ans, nous a informé que depuis sa fondation plus de 20,000 étudiants ont été rejoints en milieu scolaire par le biais d'animations, de sessions de sensibilisation et de consultations. Nous n'avons malheureusement, pu obtenir de copie de leur programme. De plus, les jeunes de moins de vingt ans représentent 14% de leur clientèle non-anonyme au service d'intervention téléphonique.

Au Service Prévention Suicide de Trois-Rivières ouvert depuis un an, le secteur communautaire forme présentement des intervenants dans les écoles. Ils dispensent de l'information, de la sensibilisation et de la formation au personnel des écoles primaires et secondaires. Ce centre collabore présentement à un projet de recherche-action avec l'Université du Québec à Trois-Rivières et le DSC de l'Hôpital de Ste-Marie. Ce projet vise à dépister des adolescents qui ont des tendances suicidaires, à observer des indices comportementaux prédicteurs du suicide et à implanter un programme d'intervention en milieu scolaire.

Du côté de Chicoutimi, le Centre de Prévention du Suicide 02 n'a ouvert ses services que depuis six mois et assure présentement les services d'urgence. Des orientations ont toutefois été établies. Ce centre entend aborder la prévention chez les jeunes selon une approche communautaire. Des programmes d'animation seront mis sur pied sous peu dans les milieux scolaires secondaire, collégial et universitaire sous forme de sessions

d'information, de formation et de dépistage. On approchera aussi les groupes d'entraide de jeunes existant à l'extérieur ou l'intérieur des écoles pour les sensibiliser et l'on tentera de créer de tels groupes là où il n'en existe pas. Le responsable communautaire travaillera également avec les ressources du milieu pour constituer un bottin de quartier dans les secteurs à haut risque, bottin répertoriant les services offerts aux jeunes, les comités de jeunes, etc...

Avec presque trois ans d'existence le Centre Prévention Suicide de la Haute Yamaska offre des services en milieu scolaire. A cause de difficultés liées au financement, ce centre ne peut assurer en ce moment qu' une collaboration et un soutien aux intervenants des écoles. En 1986-1987, il participa également à un projet de recherche-action sur les comportements suicidaires des jeunes de 15 à 25 ans dans la région de Granby. Sept établissements scolaires se sont joints à ce projet du CRSSS de la Montérégie qui porte sur la sensibilisation, l'information et la cueillette de données sur leurs populations.

Ce bref aperçu nous permet de constater qu'il y a un intérêt marqué pour la prévention en milieu scolaire. Cependant, celle-ci se fait sur une petite échelle en termes du nombre d'écoles et d'étudiants rencontrés pour de la sensibilisation, mais aussi sur le peu de services de suivi offerts aux jeunes une fois la sensibilisation terminée. Le premier objectif de ces centres est d'offrir un service d'intervention téléphonique pour les personnes suicidaires en crise. Et l'on sait, par ailleurs, que les jeunes n'utilisent pas en grand nombre les services formels d'aide (à Montréal 30% de la clientèle et à Québec 14%). Il faut donc aller chercher ces jeunes là où ils sont! Démarche qui demande de l'argent et des ressources... que les centres n'ont pas. La concertation entre les divers organismes d'une communauté apparaît comme étant un des moyens à privilégier dans la lutte contre l'incidence suicidaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les statistiques actuelles sur le suicide réussi chez les jeunes rapportent un taux que l'on ne peut qualifier d'épidémique, mais il est certes alarmant. Avec l'augmentation de 400% que le Québec a connu depuis 1950, et étant donné que ce taux continue à augmenter, nous estimons la situation inquiétante. De plus, comme chaque nouvelle cohorte des 15-24 ans a un taux plus élevé que la précédente et que l'on remarque qu'une

cohorte ayant un taux élevé le maintient en vieillissant, on peut s'attendre à ce que la population québécoise soit de plus en plus suicidaire.

Ce comportement semble être intégré dans les moeurs des jeunes générations dans la majorité des pays occidentaux. Nous n'avons qu'à nous reporter dans les années soixante et certains se souviendront que le suicide était alors un geste isolé, rarement présent dans le répertoire de comportements des jeunes de cette époque. Autre temps, autres moeurs... Ou bien, il était aussi présent et les jeunes en parlaient moins! On encore les registres de décès étaient moins spécifiques!

Quoiqu'il en soit, c'est un problème épineux. Le ratio estimé de deux cents tentatives pour un suicide réussi et le pourcentage d'idéations suicidaires sérieuses chez les étudiants confirment la gravité de la situation. Chez les adolescents et les jeunes adultes, la tentative de suicide est souvent un cri d'alerte, une communication à l'entourage des sentiments d'impuissance et de désespoir ressentis et vécus. Qu'arrive-t-il à ces jeunes pour qu'ils aient à recourir à un geste aussi destructeur pour se faire entendre? De nombreuses tentatives laissent des séquelles graves pour la santé physique (telles que des problèmes rénaux suite à une intoxication médicamenteuse, des handicaps, etc.) et ces jeunes sont souvent hypothéqués pour la vie. D'autres séquelles sont moins graves en termes de danger pour la vie, mais elles n'en demeurent pas moins troublantes. C'est le message derrière l'acte auquel l'on doit s'attarder.

La recension des écrits sur le sujet, présentée dans les pages précédentes, ne nous permet pas de conclure d'une façon claire et sans équivoque sur l'étiologie des comportements suicidaires. Aucun lien de causalité n'a été démontré ce qui nous laisse croire que le suicide est complexe et résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, les variables reliées à la famille et à l'isolement sont les plus substantielles. Pour la famille, on a noté qu'un climat chaotique ou perturbé était plus susceptible d'amener un jeune à des comportements suicidaires que la perte d'un parent par décès ou séparation. De fréquentes querelles entre les parents, une mauvaise relation entre les parents et l'adolescent, des problèmes de dépression et/ou d'alcoolisme des parents sont des facteurs qui peuvent entraver le développement de l'adolescent. Quant à l'isolement, il apparaît comme un facteur devant être compris en fonction de deux dimensions. En effet, l'isolement physique est présent chez un grand nombre de jeunes suicidaires mais il y aussi un autre groupe de jeunes suicidaires qui sont entourés d'amis avec qui ils

entretiennent des relations mais qui néanmoins se sentent seuls. Leur type d'isolement est affectif et ils ressentent profondément qu'ils sont seuls pour faire face aux difficultés de la vie. Puisque ce sont des jeunes qui proviennent souvent de famille à problèmes multiples on peut émettre l'hypothèse, et ce pour les deux types d'isolement, que le pauvre climat familial ne leur a pas permis de développer des stratégies d'adaptation et des compétences sociales adéquates. L'adolescence est une période tumultueuse durant laquelle il est nécessaire que le jeune trouve la stabilité, la compréhension et le soutien dans son milieu familial.

Il est toujours facile de blâmer les parents pour toutes les difficultés de leurs enfants! Pourtant, combien de parents après avoir eu à vivre la douleur de la mort de leur enfant par suicide croyaient, avant le décès, avoir fait tout ce qu'ils pouvaient. Les parents sont aussi soumis au stress de la vie quotidienne, surtout en milieu urbain. On n'apprend pas à être parent, on le devient sans préparation et souvent sans aucune idée de la tâche éducative que l'on aura à assumer. Et c'est à ce niveau que la responsabilité appartient aussi à la société. Les problèmes concernant les jeunes, que ce soit l'abus et la négligence, la toxicomanie, la délinquance ou le suicide, sont de nature sociale et non pas seulement individuelle.

Aux niveaux préventifs, il est évident que la situation actuelle nécessite un engagement de premier ordre de la part des institutions québécoises. Elles doivent être sensibilisées à cette problématique et fournir un effort accru dans la sensibilisation de la population, le dépistage et l'intervention auprès des jeunes suicidaires. Les programmes ou activités existant présentement au Québec sont certes utiles et nécessaires mais ils ne sont pas suffisants. Seulement un faible pourcentage de la population est touché. De plus, faute d'un manque d'argent et de ressources, les centres de prévention n'ont d'autre choix que d'axer leurs activités sur les préventions secondaire et tertiaire et ne peuvent alors diriger leurs énergies sur la prévention primaire. Promouvoir la santé mentale des québécois n'est pas que la responsabilité de ces centres ou des autres centres alternatifs, c'est aussi celle du gouvernement et de ses différentes institutions.

Etant donné la place importante qu'occupe l'école dans la prévention du suicide, on pourrait même imaginer une entente inter-ministérielle entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et le Ministère de l'Education pour assurer que la responsabilité du dossier suicide chez les jeunes soit partagée .

Du côté du monde médical, les médecins en pratique privée ou dans les urgences sont des personnes de première ligne qui pourraient également jouer un rôle important dans le dépistage précoce. En effet, approximativement huit personnes sur dix ont consulté leur médecin dans les trois mois précédant leur suicide. Habituellement, celles-ci se présentent au médecin avec une demande pour soulager des malaises physiques dont la source est souvent psychosomatique. Ces malaises peuvent provenir des différentes difficultés vécues et/ou de la crise suicidaire qui causent des symptômes tels que l'anxiété, la perte de sommeil, d'appétit, des maux d'estomac, etc. Le médecin représente alors pour la personne suicidaire une voie pour trouver un soulagement à sa souffrance physique et psychologique. Un médecin sensibilisé à ce phénomène serait en mesure, lorsqu'il y a manifestation de certains symptômes reliés au suicide, d'investiguer et d'agir lorsqu'il en est encore temps.

En conclusion, nous recommandons que la problématique du suicide chez les jeunes devienne une des priorités du Ministère de la Santé et des Services Sociaux avant que la situation ne se détériore davantage et qu'elle prenne des proportions épidémiques. Le taux plus élevé que nous connaissons par rapport aux autres pays industrialisés nous incite à croire à l'urgence de politiques à court et long termes pour tenter de freiner ces hausses remarquables.

Plus spécifiquement, nous recommandons:

1. que le Ministère fasse la promotion, à travers la province, mais surtout dans les régions les plus touchées, des programmes de prévention du suicide ayant une approche globale dans le but d'assurer une prise en charge par la communauté;

2. qu'une aide financière accrue soit disponible pour les organismes sans but lucratif voués à la prévention du suicide;

3. que cette aide financière soit proportionnelle à l'ampleur du programme et de la population visée;

4. que le Ministère envisage la possibilité d'une concertation avec le Ministère de l'Education pour partager l'enveloppe budgétaire destinée à la prévention du suicide dans les écoles;

5. que la concertation soit favorisée entre les organismes dont le but est de promouvoir la santé mentale des jeunes québécois et le milieu scolaire afin d'établir des réseaux susceptibles d'unir leurs ressources et leurs effectifs favorisant ainsi une prise en charge collective;

6. que les membres de la profession médicale et para-médicale soientt sensibilisés et formés dans le dépistage précoce et l'intervention auprès de suicidaires en crise;

7. que la promotion de la santé mentale des jeunes québécois soit favorisée au même titre que celle de la santé physique;

8. que des priorités soient établies visant à inciter les différents organismes sociaux à élaborer.

   a) des programmes de prévention primaire touchant le développement de stratégies d'adaptation pour les adolescents pouvant leur permettre une meilleure intégration dans la société;

   b) des programmes s'adressant aux parents d'adolescents sur le développement de l'adolescence afin qu'ils puissent être conscientisés à la nécessité d'offrir le climat familial le plus sain possible et sur les moyens les plus adéquats pour y arriver;

9. qu'une vaste campagne de sensibilisation soit organisée auprès du grand public non seulement dans le but de les alerter, mais aussi dans une optique préventive;

10. que l'on encourage les projets de recherche portant sur l'étiologie du comportement suicidaire chez les jeunes québécois;

11. que l'on encourage les projets de recherche visant à évaluer l'impact des programmes en prévention.

CHAPITRE 4

LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AGEES

> "Quand des personnes qui sont vieilles, pauvres et stigmatisées par la société deviennent des objets de recherches en gérontologie, elles sont vues comme étant des problèmes pour la société, plutôt que comme des personnes vivant des problèmes créés par la société".
>
> (Tirée de Lyons, 1984).

STATISTIQUES

Les plus récentes statistiques québécoises officielles sur le suicide chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans établissent le taux de suicide réussi pour les 65-69 ans à 18,2/100,000 habitants et à 17,8/100,000 habitants pour les 70 ans et plus (Santé et Bien-Etre Social, 1987). Alors que le Québec se situait sous la moyenne canadienne pour la période couvrant les années 1975-1979 (Charron,1981) il les dépasse maintenant légèrement, ces moyennes étant de 16,2 pour les 65-69 ans et de 15,8 pour les 70 ans et plus (Santé et Bien-Etre Social, 1987). La province de Québec occupe le 2e rang avec l'Ontario parmi les provinces canadiennes et les territoires et n'est dépassé que par le Manitoba (19,2) pour la tranche d'âge 65-69 ans; pour les personnes de 70 ans et plus, le Québec se retrouve au 4e rang (Saskatchewan, 19,7; Nouveau-Brunswick, 19,0; Alberta, 18,7). Les différences sexuelles sont assez étonnantes car l'on retrouve un taux québécois de 24,6 hommes/100,000 qui meurent suite à un suicide alors que celui-ci est de 13,1 chez les femmes (65-69 ans). Les hommes de 70 ans et plus ont un taux de 38,7 et les femmes de 4,7 (Santé et Bien-Etre, 1987). Les données canadiennes rapportent des taux de 25,9 pour les hommes entre 65 et 69 ans et de 8,0 pour les femmes de cet âge comparé à 30,1 et 6,2 pour la population âgée de 70 ans et plus (Santé et Bien-Etre Social, 1987).

On estime que le suicide chez les soixante-cinq ans et plus représente 0,4% des causes de décès chez les hommes québécois et 0,2% chez les femmes québécoises. En 1977, les personnes de soixante-cinq ans et plus représentaient 9% de la population canadienne et 10% des suicides réussis.

Comparé à d'autres pays industrialisés, le Québec et le Canada détiennent des taux plus bas. Selon Kirsling (1986), le suicide chez les personnes âgées aux Etats-Unis représentent 25% des suicides réussis avec un taux de 18,0/100,000 habitants, ce taux étant de 50% plus élevé que le taux pour la population en général. Cet auteur mentionne que des taux élevés sont aussi notés dans plusieurs autres pays à l'exception du Canada. En Grande-Bretagne, Lyons (1984) mentionne que le taux pour les personnes âgées de plus de soixante ans est cinq fois plus élevé que celui des individus en-dessous de quarante ans.

En Suède, en 1978, les suicides réussis chez les soixante-cinq ans et plus comptent pour 31% de tous les suicides alors que les personnes âgées représentent 21% de la population (Enzell, 1984). Dans son analyse statistique Charron (1981) met en relation le suicide et le statut matrimonial. Les données pour les hommes montrent que les séparés/divorcés de soixante-cinq ans et plus ont un taux de 49,9/100,000 suivis des célibataires avec 33,5, des veufs avec 33,0 et des hommes mariés avec 16,3. Chez les femmes, ce sont également les femmes séparées/divorcées qui ont le plus haut taux avec 5,5/100,000, suivi des veuves avec 5,1, des mariées avec 4,8 et des célibataires avec un taux de 3,8. Ces données confirment de nombreuses autres recherches qui prétendent que le mariage a un effet bénéfique principalement pour les hommes.

Les moyens utilisés pour le sexe masculin sont, dans l'ordre d'importance, la pendaison, la strangulation, l'asphyxie et l'arme à feu. Du côté des femmes, on privilégie l'empoisonnement, la noyade et la pendaison.

Il faut toutefois noter qu'aux Etats-Unis depuis 1970 le taux de suicide pour cette tranche d'âge diminue d'année en année ce qui amène certains auteurs à émettre quatres hypothèses: 1) les services sociaux offerts à cette population ont amélioré leur qualité de vié prévenant ainsi une détérioration de leur équilibre psychique; 2) les différents programmes de prévention ont été efficaces 3) les hommes veufs sont les individus les plus à risque et puisque la majorité des soixante-cinq ans et plus dans une situation de veuvage sont des femmes, la population à risque diminue, ce qui fait diminuer le taux et 4) il y a une amélioration des conditions économiques (Cunnick et Smith, 1977).

Aucune de ces hypothèses n'a cependant été vérifiée et il serait fort imprudent à ce stade-ci de conclure à l'exactitude de l'une ou de l'autre.

Selon le Ministère de la Santé nationale et du Bien-Etre social (1982), on estime qu'en l'an 2001, 11,9% de la population sera âgée de soixante-cinq ans et plus et qu'en l'an 2031 ce pourcentage atteindra 21%. Leur estimation par rapport au suicide se situe à 20%, c'est-à-dire qu'un suicide sur cinq sera celui d'une personne ayant plus de soixante-cinq ans. Ces prédictions sont basées sur les proportions actuelles, mais à notre avis elles risquent de sous-estimer la situation qui prévaudra au début du XXIième siècle. Haas et Hendin (1983) font aussi des prédictions, mais basées sur l'effet de cohorte plutôt que sur les taux actuels. Cette méthode utilise les taux existants pour un groupe d'âge à un moment précis et suit ce même groupe à travers les années. Par exemple, on regarde le taux de suicide pour les personnes âgées de 15 à 24 ans en 1908 et on le vérifie encore en 1923, alors qu'ils ont entre 30 et 49 ans, en 1944 (51 et 60 ans) et 1970 (61 et plus). De plus à chacune de ces années on prend le nouveau groupe des 15-24 ans et on le suit à travers ces mêmes années.

Les données américaines pour les années 1908, 1923, 1944 et 1970 montrent que la cohorte des15-24 ans de1908 a un taux de suicide plus élevé que celles de 1923 et de 1944 et n'est que légèrement dépassée par la cohorte de1970. A travers les années chacune des cohortes maintient la même place, c'est-à-dire que ceux qui avaient 15-24 ans en 1908 ont un taux plus élevé lorsqu'ils font partie du groupe des 25-39 ans que les 15-24 ans de 1923 lorsqu'ils atteignent le même âge.

Selon cette méthode d'analyse, on peut prétendre qu'au Québec les 15-24 ans actuels qui ont un taux élevé de suicide, comparé aux cohortes précédentes, vont continuer d'avoir des taux plus élevés à travers les âges. Donc en 2037 lorsqu'ils atteindront le groupe d'âge des soixante-cinq ans et plus, le taux de suicide des personnes âgées, sera aussi très élevé. Ceci signifie aussi que le Québec devrait connaître à partir du début du siècle prochain des augmentations importantes au fur et à mesure que ce groupe d'âge vieillit. Aux Etats-Unis, où le taux de suicide chez les jeunes est moins élevé que le nôtre, on estime qu'en 2020 le taux chez les hommes blancs de plus de cinquante-cinq ans sera de 45,0/100,000 habitants (Haas et Hendin, 1983). Ces prédictions sont alarmantes et nous amènent à conclure que la position québécoise actuelle par rapport aux autres pays n'est que très ponctuelle et que les personnes âgées de demain deviendront des populations à risque.

Les tentatives de suicide sont peu fréquentes chez les personnes âgées lorsque comparées à la population en général et particulièrement aux jeunes. Charron (1981), suite à un relevé des personnes s'étant présentées dans des urgences d'hôpitaux, estime que le taux est de 8,0/100,000 habitants comparé à 64,0/100,000 pour la population en général. Il faut évidemment tenir compte de la sous-estimation de ce taux à cause des tentatives non-enregistrées et des comportements d'auto-destruction indirects fréquemment manifestés chez les personnes âgées. Ces comportements d'auto-destructions indirectes font référence à des gestes qui précipitent la mort. Ils ne sont pas des tentatives de suicide car la menace de mort n'est pas immédiate, mais à plus long terme. De tels comportements chez les personnes âgées prennent la forme, entre autres, d'un refus de prendre ses médicaments alors que l'on sait que l'issue peut être fatale, d'un refus d'une bonne alimentation, d'un abus de médicaments, etc. Des recherches ont étudié ces comportements dans des populations de personnes institutionnalisées soit en psychiatrie, dans des hôpitaux pour patients chroniques ou dans des centres d'accueil (nursing homes). Nelson et Farberow (1980) mettent en évidence que la variable la plus fortement correllée avec ces comportements est le risque suicidaire. Ceci signifie que les personnes qui manifestent de tels comportements obtiennent un score élevé sur une échelle mesurant le risque qu'elles se suicident. On peut alors dire que même si le geste n'est pas en soi utilisé consciemment comme moyen de mourir prématurément, il se présente chez des individus dont l'intention de mourir est forte bien qu'elle puisse être inconsciente.

Quant aux idéations suicidaires sérieuses, nous n'avons recensé aucune étude qui fait l'état de la situation et il serait hasardeux de tenter d'en estimer l'ampleur.

FACTEURS DE RISQUE

Tout comme il est fait mention dans la section sur le suicide chez les jeunes, il n'existe pas de typologie unique de la personne âgée suicidaire, mais plutôt des facteurs de risques identifiés comme étant susceptibles de provoquer, chez certaines personnes, une crise suicidaire. Lorsque l'on atteint soixante-cinq ans, on entre généralement dans une phase de la vie constituée de pertes nombreuses. C'est le moment, pour la plupart, de prendre leur retraite, c'est aussi une période où l'on voit ses frères, soeurs et amis décéder, où l'on commence à sentir de façon plus marquée la détérioration de la santé physique, etc. Bref, la qualité de vie peut subir des modifications importantes suite à ces différentes pertes et même s'amoindrir avec l'arrivée de ces événements difficiles à vivre.

Maladies physiques

Lyons (1984) prétend que les maladies physiques sont l'une des principales causes de suicide chez les personnes âgées. Il présente les résultats d'une étude menée par Dorpat, Anderson et Riley en 1968 qui établissent que 85% des personnes mortes par suicide dans leur échantillon étaient malades physiquement et que, pour 69% d'entre elles, leur maladie avait contribué à poser le geste. Cependant, Lyons ne précise pas quelles étaient les caractéristiques de cet échantillon tels le nombre de sujets ou le type de maladie dont ils souffraient. La situation d'une personne en phase terminale de cancer est différente de celle d'une personne atteinte d'asthme. L'auteur présente d'autres recherches du même type et conclut que la maladie physique n'est pas la seule explication pour le geste suicidaire et que plusieurs autres facteurs (tels que l'isolement, la dépression) servent de médiateurs. Cette conclusion nous laisse perplexes car on ne peut dire avec certitude si c'est la maladie qui cause le suicide, ou les autres événements ou encore la combinaison des deux! Certains auteurs, se permettent d'établir des liens de causalité sans vraiment avoir contrôlé les variables intermédiaires. La maladie physique entraîne une série de pertes réelles et symboliques mais il n'est pas évident qu'à elle seule elle puisse susciter des comportements suicidaires. Néanmoins, les personnes atteintes de maladies terminales ou très douleureuses risquent d'attenter à leur vie (Osgood, 1982; Lavigne-Pley et Dumais-Beaudoin, 1980; Cimon-Desrochers, 1981, Lyons, 1984).

Dépression

De toutes les formes de problèmes d'ordre psychiatrique la dépression semble être la plus souvent associée au suicide. Les pertes que doivent subir les personnes âgées sont des événements sur lesquels elles ont peu de contrôle et ce manque de contrôle développe habituellement des sentiments d'incompétence et d'impuissance, sentiments identifiés comme étant au coeur de la dépression chez les personnes âgées (Seligman in Osgood, 1982). Pour certains auteurs, les personnes âgées sont les plus à risque pour des problèmes psychiatriques, et principalement pour des dépressions qui arrivent tard dans la vie (Wasylenki, 1980; Kirsling, 1986). Alors que les femmes sont les plus à risque avant l'âge de soixante-cinq ans, les hommes le deviennent à partir de cet âge. Pour les hommes de cet âge,demander de l'aide psychologique ce qui peut entraîner une détérioration rapide de leur état de santé mentale surtout s'ils n'ont pas d'autres ressources dans leur entourage immédiat (Lyons, 1984). Ces deux auteurs estiment que 30% de la

population américaine de soixante-cinq ans et plus présentent des symptômes de dépression. La relation dépression/suicide semble évidente pour Wasylenki (1980) alors qu'il dit que la majorité des suicides chez les personnes âgées sont faits par ceux qui sont "malades mentalement"[1] et dans la plupart des cas, par des individus qui souffrent d'une dépression pour la première fois. Barrachlough (1972 in Wasylenki, 1980) confirme cet énoncé alors que les deux-tiers de son échantillon de 30 sujets décédés par suicide étaient en dépression depuis moins d'un an. En Suède, Enzell (1984) constate que, parmi les déprimés, le taux de suicide est plus élevé pour les personnes âgées que pour les jeunes et aussi plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

Une autre étude menée à Helsinki par Lonnquist (1985) montre que des 3,267 tentatives de suicide enregistrées entre 1973 et 1979, 1,8% étaient faites par des personnes de cinquante-cinq ans et plus et que de celles-ci, 34,5% étaient précédemment sous traitement psychiatrique contre 50,8% pour la population moins âgée. Ces résultats ne permettent pas d'infirmer la relation dépression/suicide, mais illustrent peut-être que les personnes de cinquante-cinq ans et plus reçoivent moins de traitements psychiatriques avant une tentative que les autres groupes d'âge, soit parce qu'elles n'ont pas sollicité d'aide ou parce qu'après consultation les spécialistes n'ont pas jugé opportun de leur offrir un traitement.

Les quelques recherches présentées ci-dessus nous laissent perplexes quant au lien de causalité que les auteurs prétendent avoir vérifié à cause des considérations suivantes. Premièrement, il y a souvent confusion dans la définition même du terme dépression: s'agit-il d'états dépressifs ou de dépression clinique? Des symptômes dépressifs tels que l'insomnie, la perte d'appétit, etc., peuvent apparaître dans une situation de crise sans que la personne soit pour autant en dépression. Deuxièmement, le processus suicidaire s'inscrit dans une période de crise pendant laquelle des états dépressifs apparaîssent. Il est donc inévitable, lorsque l'on est engagé dans une crise suicidaire, que l'on présente des signes d'états dépressifs. Troisièmement, pour plusieurs autres groupes d'âge, ce lien n'a pu être établi (Emery, 1983; Mattson, Sesse et Hawkins, 1907; Wold et Litman, 1973; Slater et Depue, 1981; Orbach, 1984).

---

[1] Terme utilisé par l'auteur.

Retraite

La retraite pour la population actuelle des soixante-cinq ans et plus peut être un facteur de risque, principalement pour les hommes. Par leur socialisation et les rôles qu'ils ont eus à jouer dans la société, les hommes ont dû mettre l'emphase sur l'assertion, la maîtrise de soi et la performance. De plus, leur principal rôle dans la vie a été celui de travailleur. La retraite représente pour eux la perte du seul rôle qu'ils aient jamais connu. Ils doivent alors se redéfinir et s'adapter à un nouveau rôle peu valorisant dans notre société. Lyons (1984) estime que les femmes, qu'elles aient été dans le monde du travail ou qu'elles soient demeurées à la maison, ont joué plusieurs rôles qu'elles ont dû quitter au fur et à mesure que les enfants grandissaient. Elles apprennent donc, dans le courant de leur vie, à modifier sensiblement leurs besoins, comportements et attentes et développent des stratégies d'adaptation bien avant d'atteindre le troisième âge.

Miller (1978 in Kinsling, 1986) croit même que les hommes doivent trouver une nouvelle signification à leur vie. Pour Wasylenki (1980) la retraite amène des changements psycho-sociaux plus importants tels qu'une perte de revenu et de statut social. A ceux-ci s'ajoute fréquemment une perte de vie sociale active qui amène l'isolement. Selon ces auteurs et d'autres (Lyons, 1984; Osgood, 1982; Young et Rich, 1984, Lavigne-Pley et Dumais-Beaudoin, 1980; Cimon-Desrochers, 1981) ces changements peuvent amener une personne au suicide. Les deux à trois années suivant la retraite sont des périodes critiques pour les hommes. Aux Etats-Unis, les hommes meurent en moyenne deux ans et demie après avoir pris leur retraite, (Ministère de la santé nationale et du Bien être social, 1982) et au Canada, le taux de mortalité est plus élevé au cours de la deuxième année de la retraite comparativement à la population masculine en général.

Pertes par décès ou par séparation

Ce facteur de risque est en relation étroite avec le suicide pour tous les groupes d'âge.

Chez les personnes âgées il prend une place accrue vu le grand nombre de deuils ou de séparations que ces personnes connaissent. Les relations les plus significatives sont interrompues soit par la mort d'un conjoint, d'un ami, ou par la séparation d'avec les

enfants ou petits-enfants, ou lorsqu'elles sont placées en foyer ou encore par une séparation d'amis, de voisins à cause d'un déménagement (i.e. vente de la maison familiale, placement en foyer...). Le réseau familial et d'amis s'effrite ce qui cause beaucoup d'isolement et de solitude (Wasylinki, 1980). Il est reconnu que le deuil a un impact négatif sur la santé physique et mentale et que l'incidence du suicide augmente lors d'un deuil. La personne âgée est donc particulièrement vulnérable (Osgood, 1982).

Les statistiques présentées au chapitre précédent illustrent d'ailleurs assez bien que le deuil vécu par les hommes lors du décès de leur épouse les prédispose à des comportements suicidaires. Selon Kirsling (1986) les veufs tendent à être plus retirés et moins communicatifs que les veuves du même âge. Essa (1984 in Kirsling, 1986) trouve une forte corrélation entre le décès d'une épouse et le suicide du mari, s'il est alcoolique, dans les six premières semaines suivant le décès de celle-ci. Cette relation est plus évidente chez les hommes veufs que chez les femmes veuves qui ont un faible taux de suicide, ce qui nous porte à croire que l'influence de ce facteur doit être augmenté par d'autres types d'événements, de pertes ou de conditions de vie.

Isolement social

L'isolement social peut signifier autant un isolement réel (i.e. peu d'amis, de confidents, de famille) qu'un isolement affectif où ce n'est plus le nombre de personnes qui compte mais la qualité de la relation entretenue.

Cette dernière forme d'isolement crée des sentiments de solitude et elle a un lien étroit avec le suicide chez les personnes âgées. Conners, Powers et Bultence (1979) ont trouvé que la fréquence de contacts et le nombre d'individus avec qui une personne âgée a des interactions sont peu importants dans son ajustement mais que la qualité de ces interactions est cruciale.

Des résultats similaires sont obtenus par Lyons (1982 in Lyons 9184) alors qu'aucune différence significative n'est notée entre deux groupes de personnes âgées (dont l'un est composé de personnes ayant fait une tentative de suicide), sur la fréquence de visites ou de téléphones reçus de leur famille ou de leurs amis. Une différence est toutefois notée dans l'existence de sentiments de solitude: 73% des personnes ayant fait une tentative de suicide récente en rapportent alors que l'on en retrouve 37% dans le

groupe contrôle. Dans l'étude de Stenback (1980 in Lyons, 1984) la solitude est aussi en corrélation plus forte avec l'absence d'amis intimes qu'avec les autres mesures d'isolement. Dans une recherche auprès de patients cancéreux en phase terminale, Dubovsky (1978 in Lyons, 1984) a remarqué que les patients suicidaires recevaient moins de soutien de la part des personnes significatives et se sentaient vaincus par leur maladie.

Nelson et Farberow (1980) notent à partir d'une revue de littérature une relation significative entre l'isolement, l'aliénation et l'absence de soutien et les comportements auto-destructeurs indirects chez les personnes âgées.

Caractéristiques personnelles

Il n'existe pas de caractéristiques personnelles que l'on peut relier clairement aux comportements suicidaires de la personne âgée, tout comme c'est le cas pour les autres groupes d'âge. Certains traits de personnalité tels que la rigidité, une absence de contrôle sur ses impulsions, peu de techniques en résolution de problèmes, un caractère perfectionniste ou orienté vers la réussite ont été identifiés comme pouvant augmenter la probabilité d'un comportement suicidaire lorsque des facteurs environnementaux, tels que ceux mentionnés précédemment, sont présents (Lyons, 1984). Pour Stenback (1980 in Cimon-Desrochers, 1981) le comportement suicidaire apparaîtra davantage chez une personne qui résout ses problèmes par une adaptation passive plutôt que par l'action, ce qui est discutable car le geste suicidaire est un mécanisme d'adaptation actif, une prise de contrôle. D'autres auteurs croient que les personnes âgées ne sont pas toutes suicidaires parce que la majorité d'entre elles, ont développé une personnalité "rebondissante" remarquable, c'est-à-dire qu'elles ont un vaste répertoire de comportements adaptatifs. Plutôt que de survivre aux difficultés survenues dans leur vie, elles les auraient surmontées de façon telle qu'elles en sortiraient mieux outillées pour en affronter d'autres: vivre plutôt que survivre (Miller, 1979).

Le thème de la satisfaction de la vie en tant que facteur est présent dans la littérature. Chaque individu aurait un sentiment personnel qui détermine où tirer la ligne entre la qualité de la vie et la durée de la vie. Ce sentiment ou seuil de tolérance décide à quel moment la qualité de vie est suffisamment pauvre pour qu'il n'y ait plus goût de vivre (Osgood, 1982). Breed et Huffione (1979 in Lyons, 1984) suggèrent que le potentiel suicidaire est inversement relié à la satisfaction de la vie. Lyons (1982) dans son étude

obtient des résultats qui l'amènent à conclure que la perception qu'a un individu de sa qualité de vie est plus fortement en relation avec une tentative de suicide que le statut matrimonial, les relations avec son entourage ou la présence de services sociaux. Nelson et Farberow (1980) dans leur recherche sur les comportements auto-destructeurs indirects mentionnnent que plus les personnes âgées tolèrent les circonstances présentes de leur vie et moins elles ont besoin de manifester des comportements destructeurs directs ou indirects, et que la deuxième variable la plus fortement reliée à la tentative de suicide est l'insatisfaction envers la vie.

Les valeurs et attitudes face au troisième âge semblent aussi être en relation avec le suicide. Robins, West et Murphy (1977 in Lyons, 1984) ont identifié quatre valeurs ou attitudes pouvant mener au suicide: penser que sa famille ne nous traitera pas bien parce que nous sommes vieux, trouver qu'il n'y a rien de glorieux dans la vieillesse, ne pas croire à la vie après la mort et refuser catégoriquement l'aide de sa famille.

La notion de seuil de tolérance individuel entre la qualité et la durée de la vie paraît être une avenue intéressante principalement pour la prévention primaire. En améliorant la qualité de vie des personnes âgées, on améliorerait à la fois leur santé physique et mentale, et on verrait probablement une diminution du taux de suicide. Un problème se pose néanmoins: comment mesurer le seuil de tolérance d'un individu? D'une collectivité? Depuis quelques années au Québec, des efforts sont entrepris pour favoriser le bien-être des personnes âgées. L'exemple des soins à domicile pour leur permettre de continuer à vivre dans leur environnement plutôt que d'être placé en foyer, dénote un intérêt pour une amélioration des conditions de vie. Cependant, le maintien à domicile peut parfois créer de l'isolement pour certains et cet isolement, à son tour, peut amener une personne à atteindre son seuil de tolérance.

Une deuxième difficulté se présente car il arrive que le seuil de tolérance ne soit reconnu que lorsqu'il a été atteint. Comment savoir à l'avance quand nous en aurons assez? Sur une base individuelle, il s'avère donc assez difficile d'utiliser ce critère pour expliquer dans les détails l'apparition de comportements suicidaires. Il n'en demeure pas moins qu'au niveau collectif, une amélioration des qualités de vie augmentera le bien-être des personnes âgées.

Programmes ou activités de prévention du suicide

La recherche et la prévention du suicide ont principalement été axées sur les jeunes. En effet, les centres de prévention avec lesquels nous avons eu des contacts n'ont pas pour l'instant de programmes ou d'activités préventives spécifiques pour les personnes âgées.

Certains projets semblent toutefois vouloir émerger. Le Centre de prévention du suicide 02 de Chicoutimi songe à privilégier deux secteurs cibles, les centres d'accueil et les équipes de maintien à domicile. Il aimerait pouvoir offrir une formation aux équipes qui assurent le maintien à domicile; des démarches en ce sens ont déjà été entreprises. Avec les centres d'accueil, on tentera d'informer et de sensibiliser le personnel à la problématique suicidaire, à l'isolement et au deuil. Il songe également à contacter les différents clubs sociaux pour les personnes âgées pour y faire de la sensibilisation.

Dans la région de la Haute Yamaska, le Centre Prévention Suicide a eu en 1985 une activité d'animation dans un centre d'accueil où jeunes et aînés étaient invités à parler de la problématique suicidaire. En 1987, le Centre participera au Salon des Aînés de Granby.

D'autre activités isolées existent peut-être ailleurs. Malgré cela, il est clair que la prévention du suicide chez les personnes âgées n'est pas une priorité dans notre société pourtant vieillissante!

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Vouloir tirer des conclusions à partir d'une petite quantité de recherches peut sembler hasardeux. La première à laquelle l'on pense c'est que le suicide chez les personnes âgées n'attire pas l'intérêt des chercheurs. Comme le souligne Osgood (1982), l'attention est portée sur le suicide chez les jeunes, démontrant bien ainsi l'emphase que notre culture met sur la jeunesse et la dévalorisation qu'elle fait subir aux personnes âgées. Il semble y avoir dans la conscience collective une acceptation du suicide des personnes âgées parce que de toute façon leur vie est jugée terminée et leur utilité dans la société nulle.

Au Québec et au Canada le taux de suicide chez les personnes âgées est légèrement plus bas que celui des jeunes, ce qui peut rationnellement excuser l'absence d'intérêt et de souci. La situation ne semble pas alarmante à l'heure actuelle mais elle nécessite quand même une intervention soutenue pour éviter qu'elle ne se détériore. Les analyses de cohortes et l'augmentation du nombre de personnes qui auront soixante-cinq ans et plus dans les prochaines années nous incitent à croire que la population québécoise connaîtra des augmentations substantielles des taux de suicide dans ce groupe d'âge.

Les principaux facteurs présentement identifiés comme étant reliés au suicide sont la retraite et le veuvage pour les hommes, l'isolement et une pauvre qualité de vie pour les deux sexes. La dépression, phénomène qui augmente chez les hommes après soixante ans, est également un facteur important mais on tend généralement à la considérer comme secondaire dans l'étiologie du comportement suicidaire, c'est-à-dire qu'elle est concommittante à d'autres facteurs.

La vie des personnes du troisième âge est marquée par de nombreuses pertes. Les hommes en sont plus affectés que les femmes comme en font foi leur taux de suicide et les nombreux décès prématurés. Cette population à risque élevé est aussi celle qui utilise le moins les services de santé et les services sociaux. A cause de leur socialisation, une demande d'aide leur apparaît comme une faiblesse, un manque de contrôle, une carence dans leur rôle d'homme. C'est toute leur identité qui est remise en question et certains ne pourront le supporter. Il nous semble donc très important que la population masculine soit sensibilisée avant la retraite sur les changements qu'ils connaîtront et sur les stratégies d'adaptation possibles. Si avant de se retirer ils pouvaient déjà avoir donné une nouvelle

signification à leur vie, les effets de la retraite seraient amoindris. Conséquemment, l'isolement pourrait être évité et la qualité de vie subirait moins de déséquilibres.

Il faut aussi souligner la diminution de la qualité de vie causée par une baisse souvent forte du niveau économique, qui entraîne avec elle une modification du style de vie. De nombreuses personnes âgées doivent vendre leur maison pour subsister ce qui les amène à s'éloigner de leur quartier, de leurs amis et à s'isoler progressivement des personnes les plus significatives pour eux. Une baisse financière peut aussi les priver de sortir, de recevoir, ce qui accroît l'isolement. Lorsque l'on ajoute à ce tableau, les problèmes de santé physique et les nombreuses pertes par décès inhérentes à cette période de la vie, on ne peut s'étonner des sentiments d'impuissance et de désespoir que vont vivre certaines personnes âgées.

Voici une citation de R.A. Kirsling situant bien notre position:

> "...plusieurs de nos aînés ont vécu une vie productive et ont
>
> contribué beaucoup à notre société. Ceci devrait nous inspirer à augmenter nos efforts pour les aider (...). Nous devons créer de nouveaux rôles sociaux pour les personnes âgées qui aideront à promouvoir et/ou à restaurer une signification et un but à leur vie".

Nous recommandons au Ministère de la Santé et des Services sociaux:

1. que l'on redonne aux aînés une place de choix dans la société québécoise,

2. que le Ministère initie et encourage des recherches sur le phénomène suicidaire chez les personnes âgées au Québec afin de cerner les difficultés de ce groupe;

3. que, subséquemment, on fasse la promotion de programmes de prévention du suicide auprès de cette population;

4. que les membres de la profession médicale et le personnel des centres d'accueil soient formés au dépistage et à l'intervention;

5. que, tout comme pour la population des 15-24 ans, on favorise la concertation entre organismes;

6. que l'on incite les différents organismes sociaux ainsi que l'entreprise privée à éduquer les travailleurs pour qu'ils développent des stratégies d'adaptations efficaces lors de leur retraite;

7. que l'on élabore des programmes qui vont aller chercher ("out-reach") les personnes âgées les plus à risques (i.e. les hommes).

8. que l'on encourage des programmes visant à réduire l'isolement.

9. que les hommes veufs, célibataires ou séparés/divorcés soient principalement la cible des programmes de prévention.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adam,. K.S., & Lohrenz, J.G., & Harper, D., & Streiner, D. (1982). Early Parental Loss and Suicidal Ideation in University Students. Canadian Journal of Psychiatry, 27, 275-281.

Adams, K.S., & Bouckoms, A., & Streiner, D. (1982). Parental Loss and Family Stability in Attempted Suicide. Archives of General Psychiatry, 39, 1081-1085.

Aldridge, D. . (1984). Family interaction and suicidal behaviour: a brief review. Journal of Family Therapy, 6, 309-322.

Baechler,J. (1975). Les suicides. Paris: Calman-Lévy.

Beauchamps, N. (1982). Un mal de vivre sans cesse plus profond: le suicide chez les jeunes. La Presse.

Brooksbank, D. (1985). Suicide and Parasuicide in Childhood and Early Adolescence. British Journal of Psychiatry, 146, 459-463.

Brown, S. (1985). Adolescent and Family Systems. Peck, M.L., & Farberow, N.L., & Litman, R.E., Youth Suicide. New York: Springer Publishing Company.

Bryan, D.P., & Herjanic, B. (1980). Depression and suicide among adolescents and young adults with selective handicapping conditions. Exceptional Education Quarterly, 1(2), 57-65.

Chabrol, H. (1984) Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France.

Charron, M.F. (1981) Annexe statistique au rapport du Comité de Santé Mentale sur la prévention du suicide. Québec: Ministère des Affaires Sociales.

Cimon-Desrochers, G. (1981) Le suicide chez les personnes âgées. Montréal: Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

Corbeil, S. C. (1984). Suicide et adolescence. Morrissette, P., Le suicide: démystification, intervention, prévention. (Centre de Prévention du Suicide de Québec. ed.) Québec.

Crook, T., & Raskin, A. (1975). Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 277.

Crumley, F.E. (1979). Adolescent suicide attempts. Journal of the American Medical Association, 241, 2404-2407.

Cumming, E., & Lazer, C. (1981). Kindship Structure and Suicide: a Theoritical Link. Revue Canadienne de sociologie et d'anthropologie, 18(3), 271-282.

Cunnick, W.R., & Smith, N.J. (1977). Occupationally related emotional problems. New York State Journal of Medecine, 77(11), 1737-1741.

Davidson, M., & Choquet, M. (1981) Le suicide de l'adolescent. Paris: ESF.

Dorpat, T.L. et al. (1965). Broken homes and attempted and completed suicides. Archives of General Psychiatry, 12.

Durkeim,E. (1897). Le suicide. Paris: Presses Universitaires de France.

Emery, P. (1983). Adolescent depression and suicide. Adolescence, 18(7), 245-258.

Enzell, K. (1984). Mortality among persons with depressive symptoms and among responders and non-responders in health check-up. Acta Psychiatrica Scandinavia, 69, 89-102.

Evans, A.L., & Williams, J.L., & McKinnon, S. (1985). The relationship of hoplessness, depression and anger to suicidal ideation in Canadian University students. Proceedings Eighteen Annual Meeting , American Association of Suicidology, Toronto, Canada, 54-56.

Farberow, N.L. (1985). Youth Summary: A Summary. Peck, M.L., & Farberow, N.L., & Litman, R.E., Youth Suicide. New York: Springer Publishing Company.

Fisher, W., & Ladame, F.G. (1979). Premiers résultats de recherche sur les tentatives de suicide des adolescents: itinéraires présuicidaires. Médecine sociale et préventive, 24, 49-52.

Flach, H. (1983). A Social-Psychological Investigation on Suicide Attempts in a Military Population. Crisis, 4(1)

Freud, S. (1915) Deuil et mélancolie. Paris: Gallimard.

Friedrich, W., & Reams, R., & Jacobs, J. (1982). Depression and Suicidal Ideation in Early Adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 11(5), 403-407.

Garfinkel, B.D., & Froese, A., & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 138(1), 35-40.

Gilead, M.P.\\Mulaik, J.S. (1983). Adolescent Suicide: a response to developmental crisis. Perspectives in Psychiatric Care, 21(3), 94-101.

Godin, F. (1987) Implentation d'un programme de prévention du suicide au Cégep Montmorency: sensibilisation, dépistage et intervention. Laval: Demande de subvention par le Cegep Montmorency, D.S.C. Cité de la Santé, Laval et Suicide-Action Montréal Inc.

Goldberg, E.L. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. American Journal of Psychiatry, 138(1), 35-40.

Goldney, R.D. (1981). Parental loss and reported childhood stress in young women who attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavia, 64, 34-49.

Haas, P.A., & Hendin, H. (1983). Suicide Among Older People: Projections for the Future. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 13(3), 147-154.

Hanigan, D., & Tousignant, M., & Bastien, M.F., & Hamel, S. (1986). Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires. Revue Québécoise de Psychologie, 7(3).

Hawton, K. (1982). Attempted suicide in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 23(4), 497-503.

Hawton, K., & Cole, D., & O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational Aspects of Deliberate Self-Poisoning in Adolescents. British Journal of Psychiatry, 141, 286-291.

Hawton, K., & Osborn, M., & O'Grady, J., & Cole, D. (1982). Classification of Adolescents who Take Overdoses. British Journal of Psychiatry, 140, 124-131.

Hendin, H. (1963). The psychodynamics of suicide. Journal of Nervous and Mental Diseases, 136, 236-244.

Holden, C. (1986). Youth Suicide: New Research Focuses on a Growing Social Problem. Science, 233, 839-841.

Jacobs, J. (1967) Adolescents suicide attempts: the culmination of a progressive social isolation. Los Angeles: Thèse de doctorat, University of California.

Jacobs, J., & Teicher, J.D. (1967). Attempted Suicide of Adolescents. International Journal of Social Psychiatry, 13(2), 139-149.

Jarvis, G.K., & Ferrence, R.G., & Johnson, F.G. (1976). Sex and age patterns in self-injury. Journal of Health and Social Behavior, 17, 146-155.

Jarvis,G.K., & Whitehead,P.C., & Johnson,F.G. (1982). The Ecology of Self-Injury: A Multivariate Approach. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 12(2), 90-102.

Kacha, F., & Brahimi, A., & Fertikh, A. (1982) Tentative de suicide et prévention. Paris: Texte présenté au Congrès Mondial de Psychiatrie Sociale.

Kirsling, R.A. (1986). Review of Suicide among Elderly Persons. Psychological Reports, 59, 359-366.

Konopka, G. (1983). Adolescent Suicide. Exceptional Children, 49(5), 390-394.

Kosky, R. (1983). Childhood Suicidal Behaviour. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines, 24(3). 457-468.

Lavigne-Play, C., & Dumais-Beaudoin, P., & Lamontagne-Germain, C. (1980). Le suicide chez les personnes âgées. L'infirmière canadienn. Juin.

Lester, D. (1969). Resentment and dependency in the suicidal individual. Journal of General Psychology, 81, 137-145.

Litman, R.E., & Diller, J. (1985). Case Studies in Youth Suicide. Peck, M.L., & Farberow, N.L., & Litman, R.E., Youth Suicide. New York: Springer Publishing Company.

Lonnqvist, A.K. (1985). Follow-up study on the attempted suicides among the elderly in Helsinki in 1973-1979. Crisis, 6(1), 10-18.

Lyons, M.J. (1984). Suicide in Later Life: Some Putative Causes with Implications for Prevention. Journal of Community Psychology, 12, 379-387.

Margolin, N.L., & Teicher, J.D., & . (1968). Thirteen adolescent male suicide attempts. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 7, 296-315.

Maris, R. (1985). The Adolescent Suicide Problem. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 15(2), 91-109.

Marks, P.A., & Haller, D.L. (1977). Now I lay down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. Journal of Clinical Psychology, 33, 390-400.

Matteson, A., & Seese, L.R., & Hawkins, J.W. (1969). Suicidal behaviour as a child psychiatric emergency. Archives of General Psychiatry, 20, 100-109.

McHenry, P.C., & Tishler, C.L., & Kelley, C. (1982). Adolescent suicide: a comparison of attempters and nonattempters in an emergency room population. Child Pediatrics, 21(5), 266-270.

McIntosh, J.L., & Santos, J.F. (1981). Suicide among minority elderly: a preliminary investigation. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 11(3), 151-166.

Miller, D. (1981). Adolescent Suicide: Etiology and Treatment. Adolescent Psychiatry, 9, 327-342.

Miller, M. (1979) Suicide After Sixty: The Final Alternative. New York: Springer Publishing Company.

Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social (1982) Le suicide chez les personnes âgées au Canada. Ottawa.

Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social ,Task force report on the prevention of suicide. Ottawa: à paraître.

Mishara, B.L. (1982). College students' experience with suicide and reactions of suicidal verbalization: a model for prevention. Journal of Community Psychology, 10, 142-150.

Mishara, B.L., & Kastenbaum, R. (1973). Self-Injurious Behavior and Environmental Change in the Institutionalized Elderly. International Journal of Aging and Human Development, 4(2), 133-145.

Morrissette,P. (1984) Le suicide:démystification, intervention, prévention. Québec: Centre de Prévention du Suicide de Québec.

Nelson, K.L., & Farberow, N.L. (1980). Indirect Self-Destructive Behavior in the Elderly Nursing Home Patient. Journal of Gerontology, 36(6), 949-957.

Orbach, I. (1984). Personality Characteristics, Life Circumstances and Dynamics of Suicidal Children. Death Education , 8, 37-52.

Osgood, N.J. (1982). Suicide in the Elderly. Postgraduate Medecine, 72(2), 123-127.

Peck, M. (1981). The Loner: An Exploration of a Suicidal Subtype in Adolescence. Adolescent Psychiatry, 9, 461-466.

Peck, M.L., & Schrut, A. (1971). Suicidal behaviour among college students. HSMHA Health Reports, 86 149-156.

Pettifor, J. & Perry, D. & Plowman, B. & Pitcher, S. (1983). Risk Factors Predicting Childhood and Adolescent Suicides. Journal of Child Care, 1(3) =, 17-49.

Petzel, S.V. & Cline, D.W. (1978). Adolescent Suicide: Epidemiological and Biological Aspects. Adolescent Psychiatry, 6, 239-266.

Petzel, S.V. & Riddle, M. (1981). Adolescent suicide: Psycho-social and Cognitive Aspects. Adolescent Psychiatry, 9, 343-398.

Raymond, S., & Gadbois, J. (1987) La Prévention du suicide en milieu scolaire secondaire: une approche communautaire. Montréal: Suicide-Action Montréal Inc.

Ringel, E. (1953) The Progression of a Psychiatric Illness to a Suicidal Conclusion : Vienne et Dusseldorf, W. Mandrich.

Rosenkrantz, A.L. (1978). A note on adolescent suicide: incidence, dynamics and some suggestions for treatment. Adolescence, 13, 209-214.

Ross, M.W., & Clayer, J.R., & Campbell, R.L. (1983). Parental rearing patterns and suicidal thoughts. Acta Psychiatrica Scandinavia, 67, 429-433.

Schrut, A. (1968). Some Typical Patterns in the Behavior and Background of Adolescent Girls who Attempt Suicide. American Journal of Psychiatry, 125(1), 69-74.

Shafii, M., & Carrigan, S., & Whittinghill, A.C.S.W., & Derrick, A. (1985). Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. American Journal of Psychiatry, 142(9), 1061-1064.

Shneidman,E. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 38(3), 319-328.

Shneidman,E. (1985). The Definition of Suicide. New York: John Wiley & Sons.

Simons, R.L., & Murphy, P. (1985). Sex Differences in the Causes of Adolescent Suicide Ideation. Journal of Youth and Adolescence, 14(5), 423-434.

Slater, J. & Depue, R.A. (1981). The Contribution of Environmental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 90(4), 275-285.

Smith, K., & Crawford, S. (1986). Suicidal Behaviour among "Normal" High School Students. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 16(3) 313-325.

Stack,S. (1980). The Effects of Age Composition on Suicide in Traditional and Industrial Societies. The Journal of Social Psychology , 111, 143-144.

Stanley, E.J., & Barter, J.T. (1970). Adolescent suicidal behaviour. American Journal of Orthopsychiatry, 40(1), 87-95.

Sudach, H.S., & Ford, A.B., & Pushforth, N.B. (1984). Adolescent suicide: an overview. American Journal of Psychotherapy, 38(3) 350-363.

Tishler, C.L., & McHenry, P.C., & Morgan, K.C. (1981). Adolescent Suicide Attempts: Some Significant Factors. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 11(2), 86-92.

Tishler, C.L., & McHenry, P.C., & Morgan, C.K. . (1981). Adolescent suicide attempts: some significant factors. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 11, 86-92.

Topol, P., & Reznikoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 12(3), 141-150.

Tousignant, M. (1984) . L'état de santé de la jeunesse canadienne. Ottawa: Secrétariat d'Etat.

Tousignant, M., & Bastien, M.F., & Hamel, S., & Hanigan, D. (1986). Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal: la part familiale. Apprentissage et Socialisation: En Piste, 9(1) 17-25.

Tousignant, M., & Hanigan, D. (1986) Comportements suicidaires et entourage social chez les cégépiens. Montréal: LAREHS, Université du Québec à Montréal.

Tousignant, M., & Hanigan, D., & Bergeron, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé Mentale au Québec, IX(2), 122-133.

Trout,D.L. (1980). The Role of Social Isolation in Suicide. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 10(1), 10-23.

Tyerman, A., & Humphrey, M. (1983). Life stress, family support and adolescence disturbance. Journal of Adolescence, 6, 1-12.

Wasylenki, D: (1980). Depression in the elderly. Canadian Medical Association, 122, 525-532.

Weight, J.A. (1979) Youth Suicide: A study of common characteristics found among youths who committed suicide in four Utah counties 1970 through 1976. Brigham Young University.

Wenz, F.V. (1979). Self-injury behaviour, economic status and the family anomie syndrome among adolescents. Adolescence, 14, 387-398.

Wold, C.I., & Litman, R.E. (1973). Suicide after contact with a suicide prevention center. Archives of General Psychiatry, 28, 735-739.

Wright, L.S. (1985). Suicidal Thoughts and their Relationship to Family Stress and Personal Problems among High School Seniors and College Undergraduates. Adolescence, 20(79), 575-580.

Wrights, L.S. & Snodgrass, G. & Emmons, J. (1984). Variables Related to Serious Suicidal Thoughts Among College Students. Naspa Journal, 22(1), 57-65.

Young, D., & Rich, C.L., & Fowler, R.C. (1984). Double Suicides: Four Model Cases. Journal of Clinical Psychiatry, 45(11), 470-472.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Fran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin – *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger – *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont – *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault – *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx – *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron – *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon – *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista – *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville – *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge – *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy – *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

O 11,468
Ex.2

E-2034

Hanigan, Doris
Commission Rochon
Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées : recension des écrits et propositions d'action

DATE	NOM

O 11,468
Ex.2

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.