

Quel est le profil d'utilisation de services de santé par les jeunes qui se sont suicidés?

Johanne Renaud M.D. M.Sc. FRCPC

Université McGill, Groupe McGill d'études sur le suicide

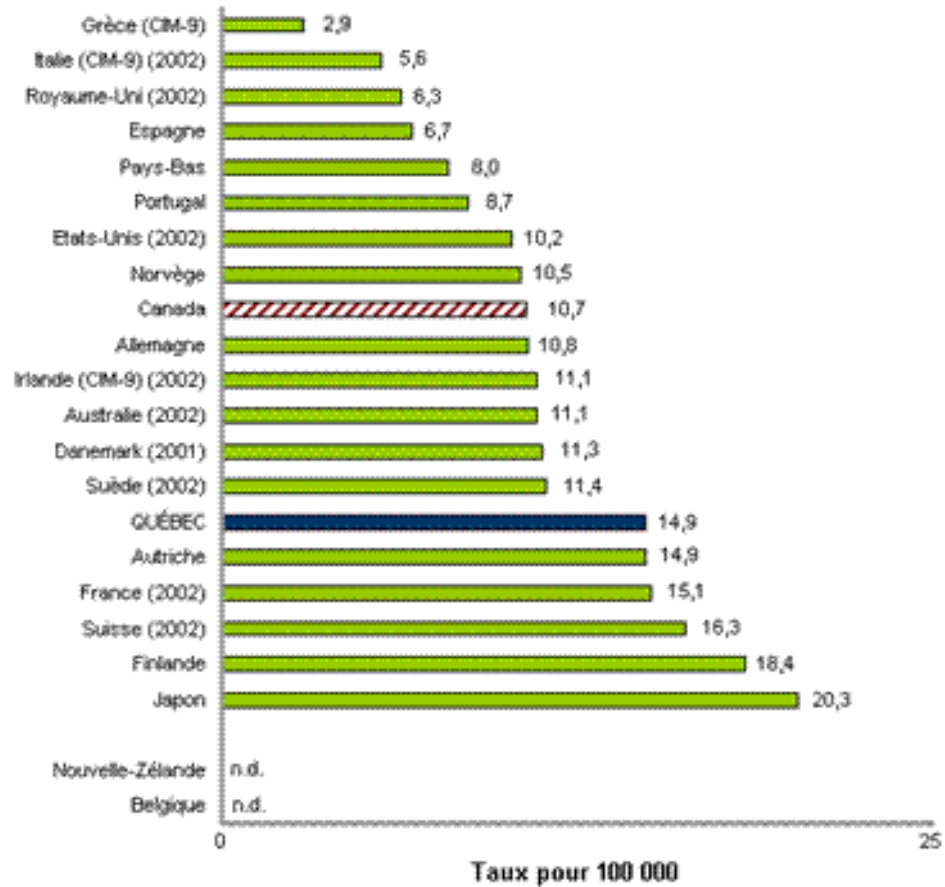
Directrice médicale Programme des troubles dépressifs

Institut universitaire en santé mentale Douglas,
Montréal, Canada

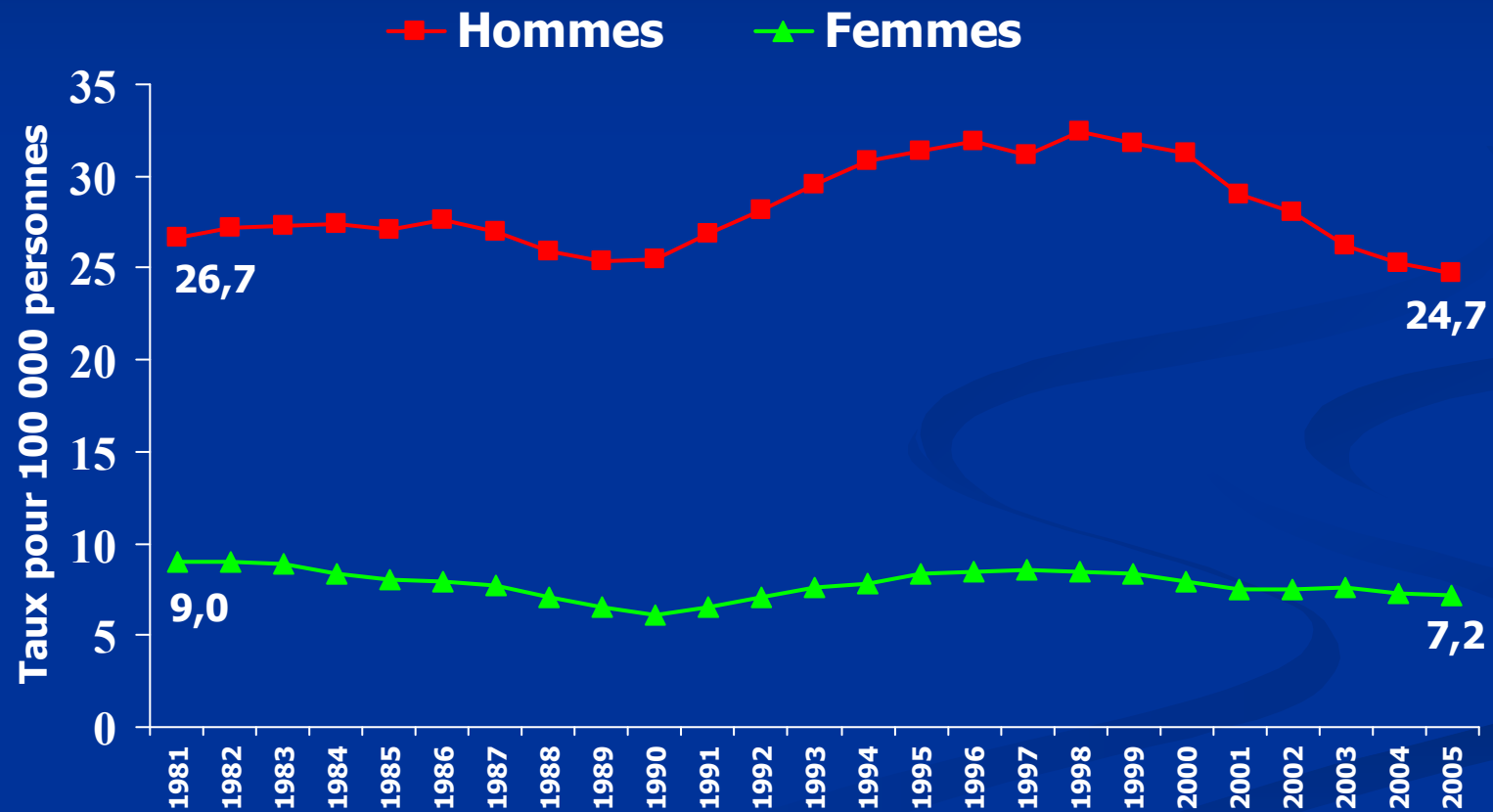
Le 3 décembre 2010



Taux ajusté de mortalité par suicide, Québec et pays sélectionnés, 2003



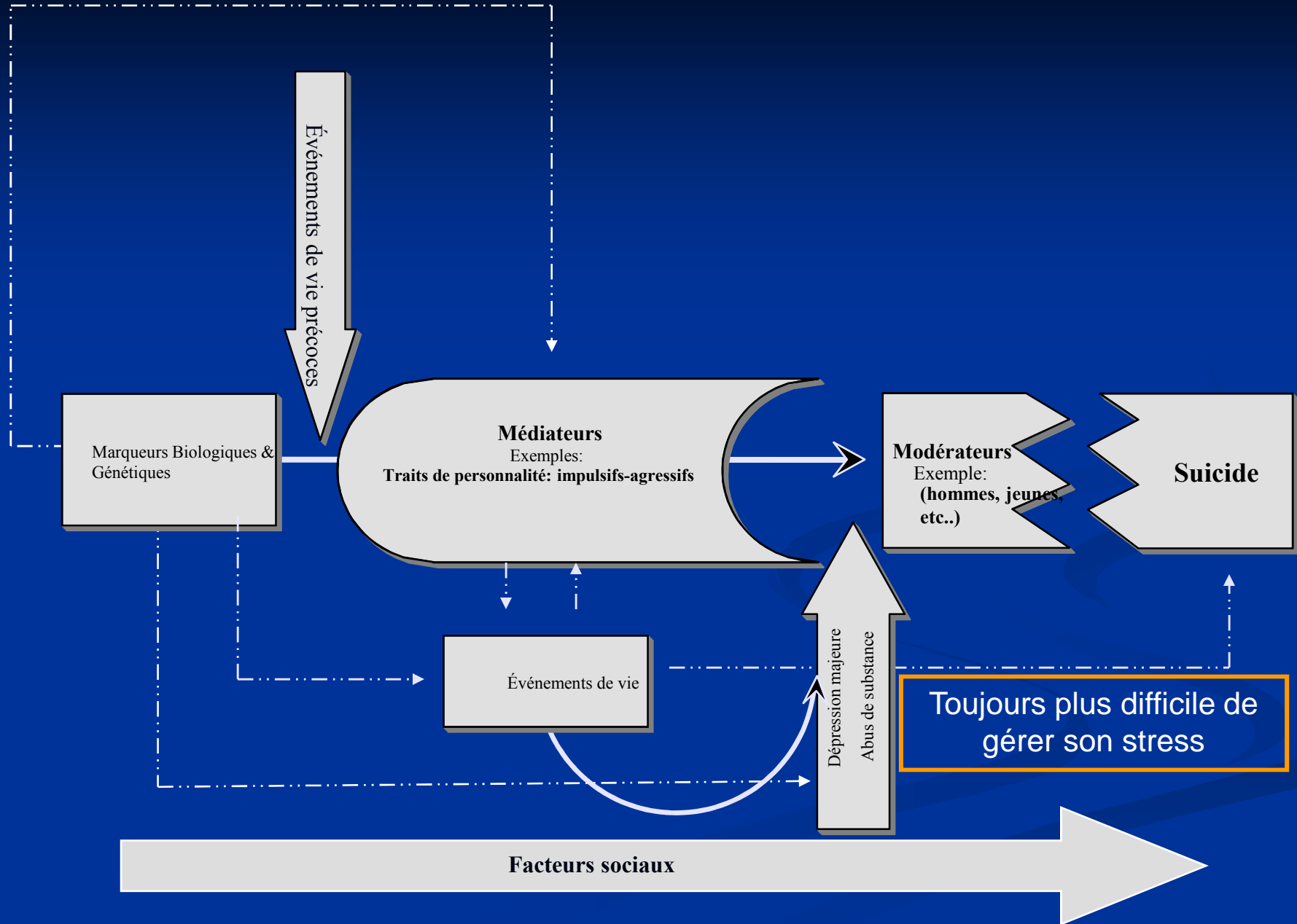
Taux de mortalité ajusté de suicide selon le genre, Québec, 1981-1983 à 2003-2005



Causes de décès par groupe d'âge

- 15-19 ans
 - Accidents véhicule moteur
 - Suicide
 - Tumeurs
- 10-14 ans
 - Accidents véhicule moteur
 - Pathologies du système nerveux/tumeurs
 - Suicide

Statistics Canada (2006)



Facteurs de risque de suicide (lignes directrices APA, 2003)

- **Syndromes psychiatriques majeurs**
- Symptômes spécifiques psychiatriques
- Autres éléments de l'histoire psychiatrique
- Facteurs démographiques
- Maladie physique
- Histoire familiale
- Facteurs psychosociaux
- Degré de suicidalité

Syndromes psychiatriques majeurs

- **Dépression majeure**, maladie bipolaire, dysthymie
- Schizophrénie
- Troubles anxieux
- Troubles alimentaires
- **Troubles des conduites** (TDAH, Tourette)
- **Abus et dépendance à l'alcool, substances**
- Troubles de la personnalité (antisociale, borderline, etc..)
- Co-morbidité (70% des sujets: « profil diagnostique complexe avec troubles psychiatriques comorbides)

Étude cas-témoins jeunes québécois 2000-2003

Renaud et al 2008; J Affect Disorders

- 55 jeunes décédés par suicide: 11-18 ans;
- 43 G, 12 F; moyenne 16.8 ans;
- Moyens utilisés:
 - Pendaison G: 67%; F: 75%
 - Armes à feu G: 16%; F: 8%
 - Intox monoxyde de carbone, collision train/métro

TABLE 1

Prevalence of Axis I Disorders in Youth Suicide Victims (n=55) and Control Subjects (n=55)

Disorder [*]	Suicide Victims (n=55)		Comparison Subjects (n=55)		Odds Ratio	95% CI
	N	%	N	%		
Mood Disorders	33	60.1	2	3.6	31.8 ^a	7.037-143.703
Major Depression and Depression NOS ^{**}	26	47.3	1	1.8	48.414 ^a	6.245-375.185
Bipolar Disorder	4	7.3	0	0	- ^b	-
Dysthymia	3	5.5	1	1.8	3.115	0.314-30.918
Substance Abuse	13	23.6	3	5.5	5.365 ^c	1.434-20.076
Alcohol Abuse	6	10.9	1	1.8	6.612 ^d	0.769-56.881
Drug Abuse	10	18.2	2	3.6	5.889 ^e	1.226-28.186
Anxiety Disorder	13	23.6	6	10.9	2.528	0.889-7.234
Separation Anxiety Disorder	1	3.6	0	0	- ^f	-
Generalized Anxiety Disorder	9	16.4	3	5.5	3.391	0.866-13.287
Social Phobia	3	5.5	1	1.8	3.115	0.314-30.918
Specific Phobia	2	3.6	4	7.3	0.481	0.084-2.742
Brief Reactive Psychosis	2	3.6	0	0	- ^g	-
Disruptive Disorders ^{***}	20	36.4	4	7.3	13.643	2.292-23.16

Note: ^{*} Subjects could present with more than one psychiatric disorder; ^{**} Not otherwise specified; ^{***} Comprising oppositional defiant disorder, attention-deficit hyperactivity disorder, and conduct disorder

^a p < 0.001; ^b p = 0.118 (Fischer's exact test); ^c p = 0.007; ^d p = 0.051; ^e p = 0.014; ^f p = 0.495 (Fischer's exact test); ^g p = 0.495 (Fischer's exact test)

Facteurs de risque de suicide (lignes directrices APA, 2003)

- Syndromes psychiatriques majeurs
- Symptômes spécifiques psychiatriques
- Autres éléments de l'histoire psychiatrique
- Facteurs démographiques
- Maladie physique
- Histoire familiale
- Facteurs psychosociaux
- Degré de suicidalité

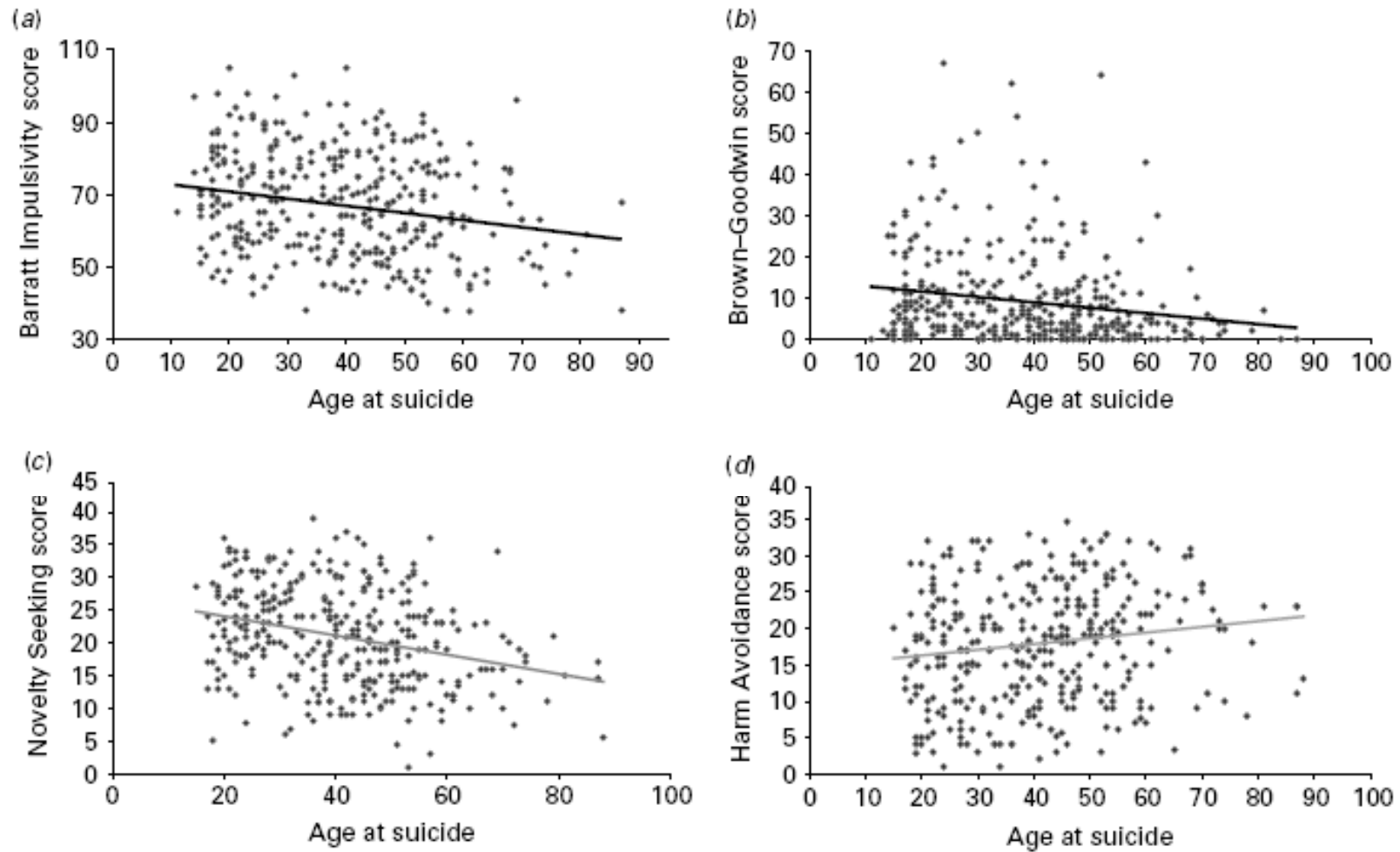


Fig. 1. (a) Barratt Impulsivity score and age of suicide. (b) Brown-Goodwin lifetime history of aggression and age of suicide. (c) Novelty Seeking and age of completed suicide. (d) Harm Avoidance and age of completed suicide.

We examined the relationship between age, harm avoidance, impulsivity (BIS as well as the Novelty Seeking subscale of the TCI) and history of aggression

Personality and age: case-control prediction of suicide

Facteurs de risque de suicide (lignes directrices APA, 2003)

- Syndromes psychiatriques majeurs
- Symptômes spécifiques psychiatriques
- Autres éléments de l'histoire psychiatrique
- Facteurs démographiques
- Maladie physique
- Histoire familiale
- Facteurs psychosociaux
- Degré de suicidalité

Séguin, Renaud et al. 2010 (IRSC)

Table 1. Number of Persons with an Axis I or II Disorder—Last Year and Prior to Last Year (continuation)

N = 123	Suicide Group (n=67)		Control Group (n=56)		OR	CI _{95%}	p
	n	%	n	%			
Prior to last 12 months							
Mood disorder	27	40.30	4	7.14	8.775	2.840-27.112	0.000
Substance abuse & dependence disorders	30	44.78	3	5.36	14.324	4.068-50.444	0.000
Anxiety disorder	10	14.93	1	1.79	9.649	1.195-77.914	0.011
Psychosis/Schizophrenia	5	7.46			---	---	0.037
Hypochondria	1	1.49			---	---	0.359
Eating Disorders	3	4.48			---	---	0.109
Tourette's Syndrome			1	1.79	---	---	0.272
Oppositional Behaviors	7	10.45	1	1.79	6.417	0.765-53.833	0.052
Hyperactivity Attention Deficit Disorder	15	22.39	1	1.79	15.865	2.023-124.409	0.001
Anxiety of Separation	11	16.42	2	3.57	5.304	1.123-25.046	0.021
Conduct disorders	1	1.49			---	---	0.359
Total with only one DX	15	22.39	4	7.14	3.750	1.166-12.058	0.020
Two and more	39	58.21	4	7.14	18.107	5.867-55.881	0.000
Axis II disorders							
Cluster A	1	1.49			---	---	0.359
Cluster B	16	23.88			---	---	0.000
Cluster C	15	22.39	3	5.36	5.096	1.393-18.649	0.008

Total with only one DX	15	22.39	4	7.14	3.750	1.166-12.058	0.020
Two and more	39	58.21	4	7.14	18.107	5.867-55.881	0.000
Axis II disorders							
Cluster A	1	1.19			---	---	0.359
Cluster B	16	23.88			---	---	0.000
Cluster C	15	22.39	3	5.36	5.096	1.393-18.649	0.008
Total personality disorder							
<hr/>							
Suicide attempts (during lifetime)							
None	44	65.67	56	100.0	---	---	0.000
One	12	17.91			---	---	0.000
Two	6	8.96			---	---	0.022
Three and more	5	7.46			---	---	0.037
<hr/>							

Séguin, Renaud et al. 2010 (IRSC)

Table 2. Life events—comparison between suicide group and control group

N= 123 Life events	Suicide Group (n= 67)		Control Group (n= 56)		OR	CI _{95%}	p
	n	%	n	%			
Age 0-4	(n= 67)		(n= 56)				
Discipline/neglect/tensions in parent-child relationship	33	49.25	8	14.29	5.824	2.395–14.161	0.000
Sexual abuse/physical-psychological violence of S	11	16.42	1	1.79	10.804	1.349–86.533	0.006
Age 5-9	(n= 67)		(n= 56)				
Discipline/neglect/tensions in parent-child relationship	40	59.70	10	17.86	6.815	2.941–15.789	0.000
Sexual abuse/physical-psychological violence of S	13	19.40	1	1.79	13.241	1.674–104.754	0.002
Academic difficulties	27	40.30	7	12.50	4.725	1.864–11.979	0.001
Relationnal difficulties	18	26.87	5	8.93	3.747	1.291–10.875	0.011
Negative experiences	11	16.42	2	3.57	5.304	1.123–25.046	0.021
Age 10-14	(n= 67) ^{a/}		(n= 56)				
Discipline/neglect/tensions in parent-child relationship	52	77.61	19	33.93	6.751	3.041–14.987	0.000
Sexual abuse/physical-psychological violence of S	12	17.91	1	1.79	12.000	1.508–95.474	0.004
Mental health problems	25	37.31	5	8.93	6.071	2.139–17.236	0.000
Academic difficulties	41	61.19	10	17.86	7.254	3.125–16.838	0.000
Relationnal difficulties	20	29.85	8	14.29	2.553	1.024–6.364	0.040
Legal difficulties	9	13.43	1	1.79	8.534	1.047–69.601	0.019
Death	20	29.85	5	8.93	4.340	1.508–12.492	0.004

Séguin, Renaud et al. 2010 (IRSC)

Table 2. Life events—comparison between suicide group and control group (continuation)

Life events	Suicide Group (n= 67)		Control Group (n= 56)		OR	CI _{95%}	p
	n	%	n	%			
Age 15–19	(n= 63) ^{*2}		(n= 53)				
Discipline/neglect/tensions in parent-child relationship	48	76.19	19	35.85	4.920	2.285–10.593	0.000
Sexual abuse/physical-psychological violence of S	10	15.87	1	1.89	9.649	1.195–77.914	0.011
Mental health problems	45	71.43	12	22.64	7.500	3.313–16.977	0.000
Academic difficulties	42	66.67	6	11.32	14.000	5.250–37.337	0.000
Professionnal difficulties	25	39.68	2	3.77	16.071	3.602–71.715	0.000
Relationnal difficulties	24	38.10	3	5.66	9.860	2.781–34.966	0.000
Financial losses	16	25.40	2	3.77	8.471	1.855–38.690	0.002
Legal difficulties	15	23.81	1	1.89	15.865	2.023–124.409	0.001
Death	33	52.38	12	22.64	3.559	1.602–7.905	0.001
Negative experiences	20	31.75	8	15.09	2.553	1.024–6.364	0.040
Seeking of services	29	46.03	6	11.32	6.360	2.399–16.861	0.000
<i>*2 In this age group twenty people committed suicide between 15 and 19 years old</i>							
Age 20–24	(n= 43) ^{*3}		(n= 33)				
Discipline/neglect/tensions in parent-child relationship	26	60.47	9	27.27	3.312	1.393–7.873	0.005
Relationship difficulties with spouse	31	72.09	10	30.30	3.961	1.718–9.135	0.001
Mental health problems	38	88.37	7	21.21	9.172	3.627–23.195	0.000
Professionnal difficulties	28	65.12	3	9.09	12.684	3.596–44.734	0.000
Relationnal difficulties	24	55.81	3	9.09	9.860	2.781–34.966	0.000
Financial losses	22	51.16	4	12.12	6.356	2.037–19.825	0.001
Legal difficulties	14	32.56	3	9.09	4.667	1.267–17.188	0.013

Séguin, Renaud et al. 2010 (IRSC)

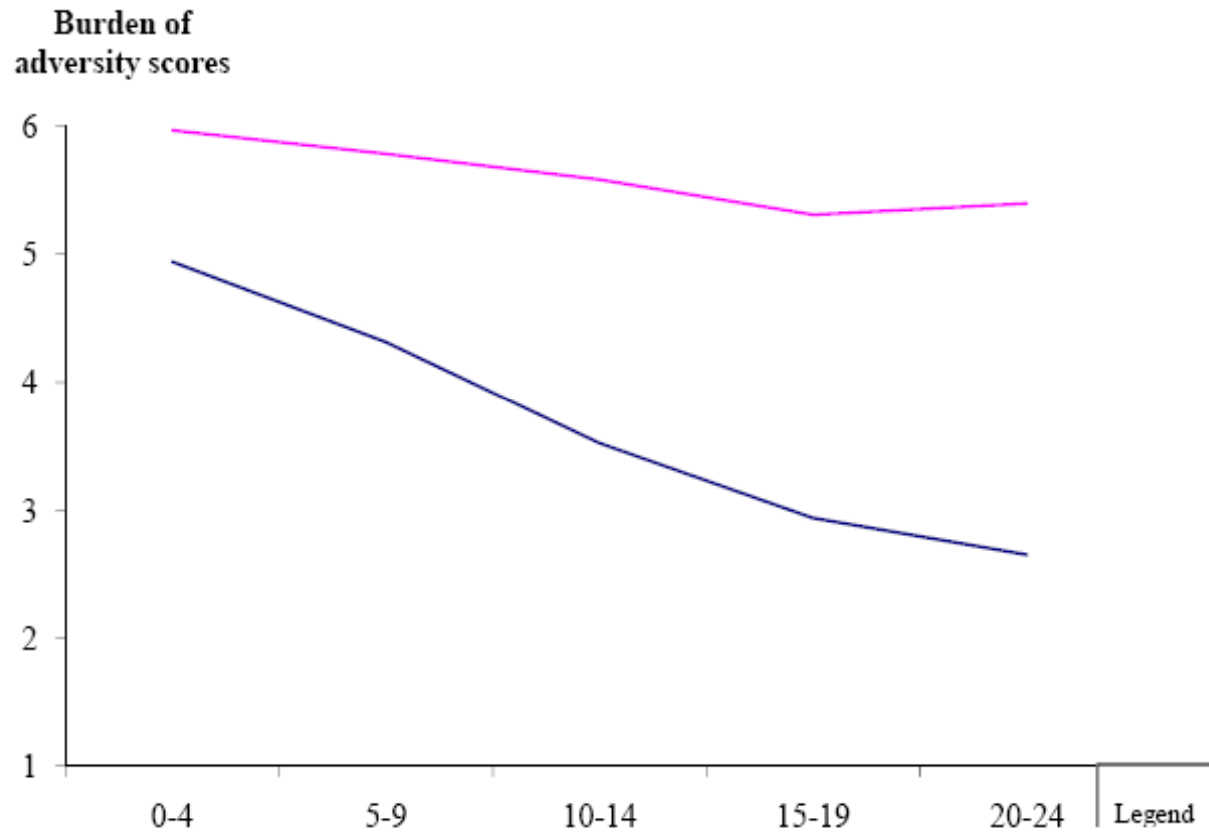


Figure 1. Comparison between the Life Trajectory of two groups: Suicide and General Population.

Séguin, Renaud et al. 2010 (IRSC)

Young Adult suicide : Trajectories of Suicide

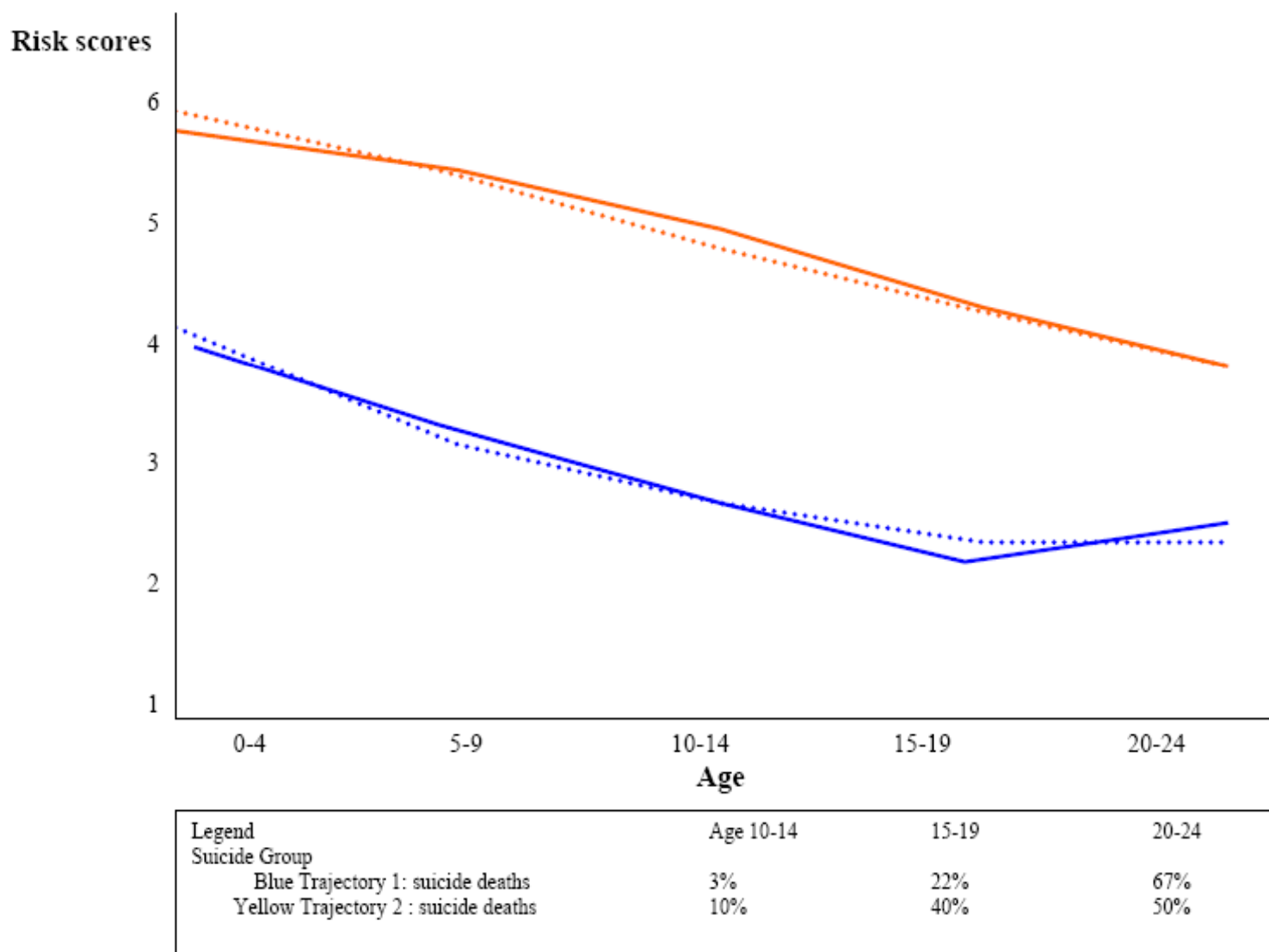


Figure 2. Comparison of the life trajectory between two sub-groups of suicide victims.

International Association for Suicide Prevention Declaration on Suicide Prevention (Principes de l'OMS) (Goldney, 1998)

- Détection précoce et traitement des troubles mentaux.
- Entreposage sécuritaire des armes à feu et des substances toxiques et prévention de l'accès à d'autres items dangereux.
- Avis aux médias sur le traitement de l'information et prévenir la "contagion" du suicide.
 - Soutien du réseau psychosocial (mais aussi la perception du patient face à la disponibilité de ce soutien social)
 - Internet, vidéo et toutes formes de communication électronique (e-mail) ayant un impact sur les comportements suicidaires

HOW DO SUICIDES OCCUR AND HOW CAN THEY BE PREVENTED?

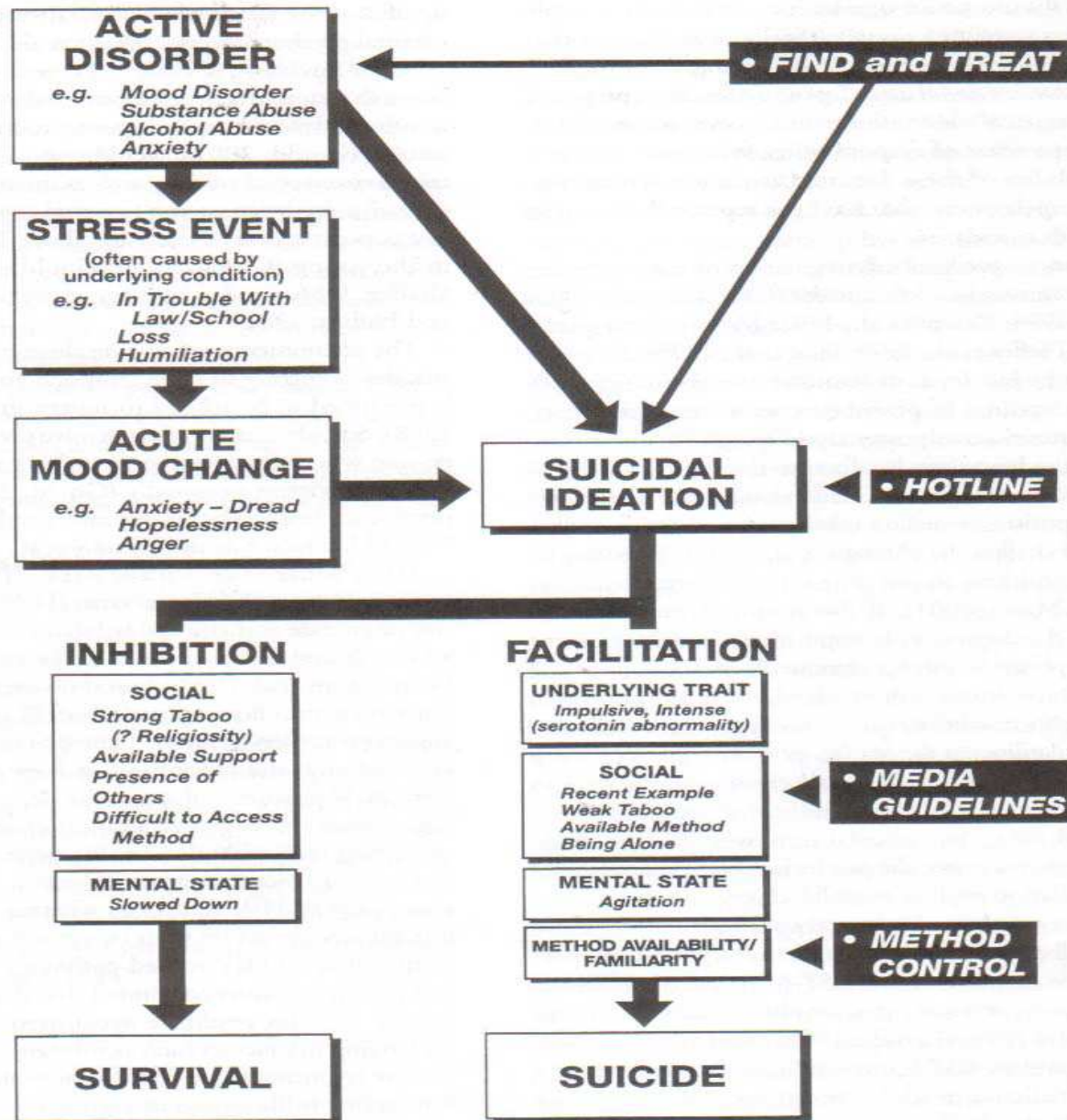


Fig. 3 This model suggests how suicide occurs and highlights types of targeted preventive interventions.

Utilisation de services
Étude cas-témoins 11 à 18 ans
Renaud et al., 2009; J Affect Disorders

- **Contact avec médecins de famille/pédiatres (suicide vs. témoins);**
 - À vie: 100% (100%); à 1 an: 65.5% (59.2%); dernier mois: 18.5% (7.4%);
- **Contact avec psychiatres;**
 - À vie: 34.5% (7.4%); à 1 an: 23.6% (0%); dernier mois: 12.7% (0%);
- **Contact avec intervenants santé mentale;**
 - À vie: 63.6% (33.3%); à 1 an: 41.8% (9.3%); dernier mois: 20.0% (0%);
- **Contact avec services protection jeunesse;**
 - À vie: 23.7% (0%); à 1 an: 12.7% (0%); dernier mois: 5.5% (0%).

Utilisation de services
Étude cas-témoins 11 à 18 ans
Renaud et al., 2009; J Affect Disorders

- Près de la moitié (56.4%) n'étaient pas connus comme ayant un trouble psychiatrique avant leur décès; certains avaient eu des interventions dans le passé;
- Parmi les 43.6% autres sujets:
 - 2 n'ont reçu aucun diagnostic;
 - 22 avaient reçu un Dx antérieur dans l'année précédant le décès.
 - Parmi ceux-ci, 12 avaient faible ou aucune adhérence au traitement (ex.: refus d'hospitalisation; RVs manqués; non compliance au meds);
 - 4 fin de traitement (ex.: tx familiale; méds);
 - 3 début de traitement (ex.: méds; psychothérapie).

Utilisation de services
Étude cas-témoins 11 à 18 ans
Renaud et al., 2009; J Affect Disorders

■ Hospitalisation

- Année précédente: n=10 (9 de 10) pour problèmes psychologiques et 1 pour problèmes physiques
- Mois précédent: n=2, pour problèmes psychologiques

■ Antidépresseurs/stabilisateurs de l'humeur

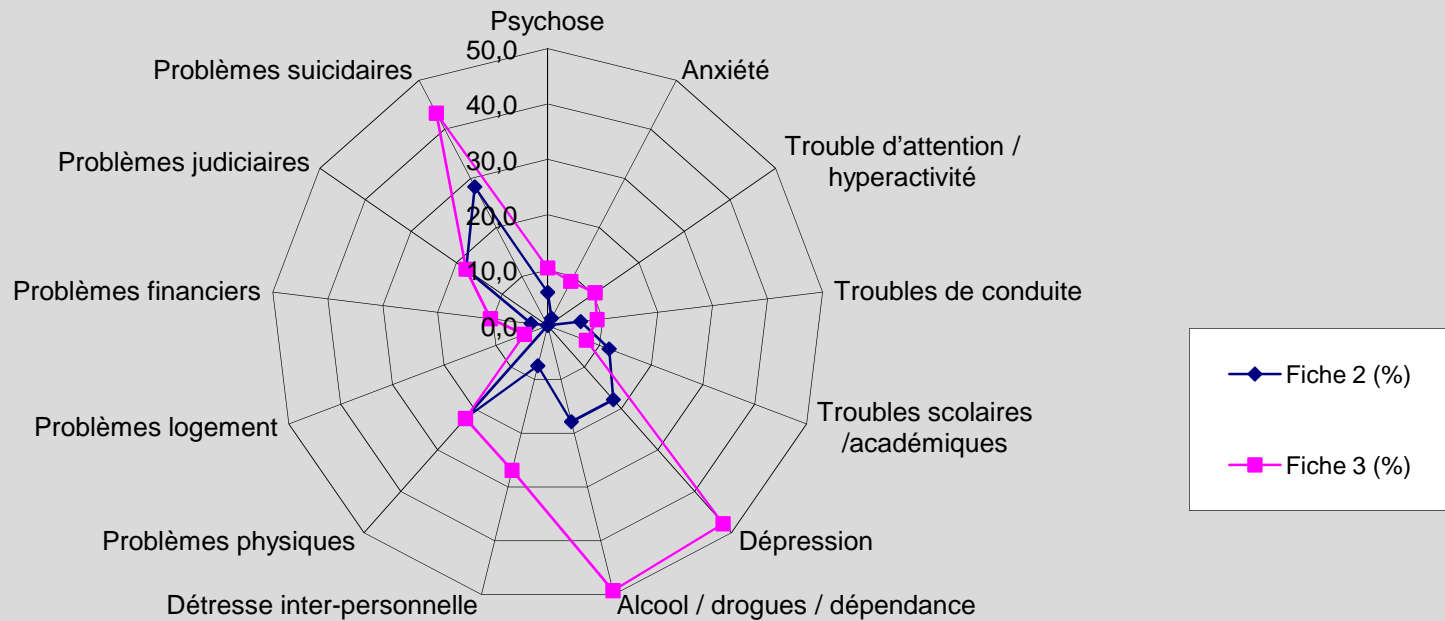
- Année précédente: n=10
- Seulement 4 avaient été hospitalisés et reçu des antidépresseurs

Facteurs de risque élevé de suicide chez les adolescents

- • Garçons à risque plus élevé que les filles
- • **GARÇONS:**
 - Tentatives de suicide antérieures
 - Age 16 et plus
 - Troubles de l'humeur associés
 - Troubles d'abus de substances associés
- • **FILLES:**
 - Troubles de l'humeur
 - Tentatives de suicide antérieures
- • **RISQUE IMMÉDIAT**
 - Prédit par l'Agitation et la Dépression majeure

Renaud, Séguin et al. 2010

Sommaire des interventions reçues (Fiche 2) et des interventions requises (Fiche 3)
en fonction du problème (n= 67, suicides)



Renaud, Séguin et al. 2010

Besoins	Responsabilité	Total n=67/56	Objet	Acteurs
Formation	Département de santé provincial/ organisations professionnelles	52% (n=35) vs. 7,4% (n=5)	Sensibilisation et suivi abus substances/ comorbidité psychiatr. priorisation urgences suicidaires; financiers	Tous (public, famille, patients, médecins, services primaires psychosociaux et équipes psychiatrie/toxicomanie)
Traitement	Provincial et régional	1,5% (n=1) 1,5% (n=1)	Liste d'attente accessibilité	Services psychosociaux
Financement	Provincial et régional	1,5% (n=1) 0 %	Ressources orienteurs et psychologues scolaires	Professionnels scolaires
Coordination/ continuité	Services régionaux spécialisée en santé mentale	58% (n=39) 0%	Protocoles d'application/ de suivi/ plan de traitement; case-manager;	Méd/policiers/CJ/ psychiatrie/toxico; etc
Gouvernance	MSSS/ Min Justice	25,4% (n=17) 1,5% (n=1)	Création protocoles	Spécialistes santé mentale, toxico, justice et médicaux

Types d'intervention

- En fonction des maladies sous-jacentes
 - Traitement de la dépression
 - Thérapie Cognitivo-Comportementale
 - Médication
 - Intervention en présence de traits de personnalité borderline/dysrégulation de l'humeur/impulsivité
 - Thérapie Dialectique Comportementale
 - Médication
 - Intervention conjointe dépression/toxicomanie?
- En fonction du genre, fille ou garçon?

Dépression enfants/adolescents

- Le suicide est plus probable lorsque les personnes dépressives sont non traitées, plutôt que traitées avec des antidépresseurs et de la psychothérapie, et ceci pourrait s'appliquer encore plus fortement lorsque l'on compare les adolescents avec les adultes (Mann et al., 2006; Bridge et al., JAMA 2007);
- C'est important d'encourager la continuité de soins par la même équipe (clinicien) lorsque c'est possible.

Items à vérifier avant le congé d'un adolescent qui a fait une tentative de suicide

- Avant de donner congé à un jeune de l'urgence ou d'un centre de crise, toujours:
 - Aviser le jeune et sa famille de la désinhibition liée aux effets de la drogue ou de l'alcool
 - Vérifier si des armes à feu et médicaments létaux peuvent être retirés ou entreposés de manière sécuritaire, retrait ou arrêt de l'accès internet (?)
 - S'assurer qu'il y a une personne *supportante* à la maison
 - S'assurer qu'un *rendez-vous de suivi* a été offert et accepté

CONCLUSION

- Les dernières années nous ont permis d'avancer dans nos connaissances des facteurs de risque de suicide; les troubles concomitants sont la règle plutôt que l'exception.
- Les prochaines années vont permettre de mieux étudier les facteurs de protection, prévenir les conditions précoces adverses.
- Les besoins non comblés sont importants en particulier chez les jeunes dépressifs et/ou utilisateurs de substances et/ou présentant des vulnérabilités de la personnalité (traits groupe B)

CONCLUSION

- Ceci représente un défi pour tous les intervenants.
- Des communications plus fluides entre les institutions psychiatriques et les institutions du réseau de la toxicomanie sont à développer.
- De même qu'une approche interdisciplinaire prometteuse est également à développer.
- Ceci fait appel à des instances régionales et suprarégionales engagées à chercher des solutions entérinées par des volets administratifs et cliniques.
- L'élaboration de protocoles d'entente de soins concertés pourrait permettre d'atteindre ces objectifs.

Conclusion

- Des approches spécifiques aux adolescents suicidaires et aux prises avec l'automutilation, telle que la dialectique comportementale à venir?
- Ceci visant à la réduction de l'impulsivité, du niveau de désespoir et des difficultés interpersonnelles et à la recherche d'une meilleure définition des paramètres d'implantation.

CONCLUSION

- Le but ultime étant de mieux prévenir, intervenir et ainsi abaisser les taux de décès par suicide, les taux de tentatives de suicide et la morbidité associée aux maladies mentales chez les jeunes.
- De plus, diminuer les nombreuses visites à l'urgence et les séjours d'hospitalisation et améliorer les relations entre les jeunes et leur milieu dans le sens large du terme.
- La relation thérapeutique et la continuité des soins auprès des clientèles à risque demeurent encore aujourd'hui des facteurs de protection.

■ Merci!

- Chercheur boursier du National Alliance for Research in Schizophrenia and Affective Disorders (NARSAD) sur les trajectoires de services et tentatives de suicide chez les adolescents;
- Fonds de la recherche en santé du Québec;
- Réseau québécois de la recherche sur le suicide.

Références

- Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimension in child and adolescent suicide: A case-control study. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. J Affect Disord 2008, Jan; 105 (1-3): 221-228.
- Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescents suicide victims: A case-control study. Renaud J, Berlim MT, Seguin M, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. J Affect Disord 2009, 117: 168-173.
- Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle. McGirr A, Renaud J, et al, Psychol Med 2008; 38: 407-417

Références

- Renaud J, Séguin M, Lesage AD, Turecki G. Trajectories of utilisation of services and unmet needs in young suicide completers: a comparative study. Projet subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada.
- Mbekou V, Jodoin M, Mikedis T, Forget J, Renaud J. (en cours): Étude de faisabilité et d'implantation du projet DBT auprès d'une clientèle d'adolescents déprimés et suicidaires et leurs familles.
- AACAP 2001 Suicidal behaviours Practice Parameters
- APA 2003 Suicidal behaviours Practice Parameters