



# RECHERCHE SUR LE SUICIDE ET SA PRÉVENTION :

Ce que révèlent les données probantes et sujets  
de travaux de recherche ultérieurs

---

Décembre 2018



Agence de la santé  
publique du Canada    Public Health  
Agency of Canada



Commission de  
la santé mentale  
du Canada    Mental Health  
Commission  
of Canada

Voici une interprétation d'une analyse documentaire réalisée à la demande de la Commission de la santé mentale du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada et produite par le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés.

*This document is also available in English.*

### Référence recommandée

Commission de la santé mentale du Canada. (2018).

*Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs.*  
Ottawa (Ontario).

Ce document est disponible au [www.commissionsantmentale.ca](http://www.commissionsantmentale.ca)

### Droits d'auteur

© Commission de la santé mentale du Canada, 2018.

Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

ISBN : 978-1-77318-088-5

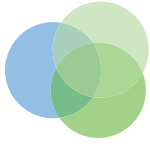
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada.



# Table des matières

I.	Terminologie du suicide et des comportements suicidaires	1
II.	Sommaire	2
	Recherche sur le suicide à l'échelle internationale : Où en sommes-nous aujourd'hui et quelles voies devons-nous emprunter ?	3
	Recommandations aux fins de travaux de recherche ultérieurs	6
III.	Rapport sommaire	9
	Pourquoi l'analyse bibliographique a-t-elle été commandée ?	9
	Comment l'analyse documentaire a-t-elle été exécutée ?	10
	Limites de la recherche	11
	Ce que révèlent les données probantes actuelles	12
	Recommandations aux fins de recherches futures	18
	Contribution canadienne et contribution internationale à la recherche sur le suicide et sa prévention	20
	Limites et recommandations en vue de travaux de recherche ultérieurs	23
	ANNEXE 1 : FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE	25





# I. Terminologie du suicide et des comportements suicidaires

Plusieurs termes sont utilisés pour décrire les comportements suicidaires et autodestructeurs dans les documents scientifiques. Pour permettre des comparaisons valables, les définitions consensuelles de la terminologie internationale sont importantes.

Les définitions des termes utilisés dans la documentation pour décrire les pensées et les comportements suicidaires sont énoncées dans le tableau ci-dessous. Étant donné l'absence d'une terminologie internationale acceptée et normalisée, la terminologie utilisée dans les articles inclus dans le présent rapport varie, et à des fins d'exactitude, les résultats ont été décrits à l'aide des termes utilisés par les auteurs de l'étude initiale.

Catégorie	Définition
Suicide	Acte autodestructeur fatal avec évidence d'une intention de mourir
Comportement suicidaire	Éventail de pensées allant du suicide et des tentatives de suicide jusqu'à la mort par suicide
Tentative de suicide	Comportement potentiellement autodestructeur associé à une intention certaine de mourir
Fortes pensées suicidaires	Réflexions sur la prise de mesures pour mettre fin à sa vie, notamment : définition d'une méthode, établissement d'un plan ou intention d'agir
Pensées suicidaires passives	Pensées sur la mort, ou désir de mourir, sans plan ni intention
Comportement autodestructeur non suicidaire	Comportement autodestructeur sans intention de mourir
Événements suicidaires	Apparition ou aggravation de pensées suicidaires, ou tentative de suicide réelle ou aiguillage vers des services d'urgence en raison de pensées ou de comportements suicidaires
Comportement autodestructeur délibéré	Tout type de comportement d'autodestruction, y compris les pensées suicidaires sans intention de mourir



## II. Sommaire

Que nous disent les données probantes actuelles sur le suicide et que peut-on faire pour prévenir les comportements suicidaires? Quelles sont les lacunes en matière de données probantes lorsqu'il s'agit de bien comprendre les facteurs complexes et souvent interdépendants qui incitent une personne à adopter des comportements d'autodestruction, et quels sont les outils les plus adéquats et efficaces pour aider cette personne? Pour répondre à ces questions, la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont chargé le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés de procéder à un examen de la documentation scientifique sur le suicide et la prévention du suicide dans le cadre de l'initiative codirigée par la Commission et l'ASPC visant à établir un programme canadien commun de recherche sur le suicide et sa prévention.

Une vaste recherche documentaire à l'échelle internationale sur le suicide et sa prévention de 2000 à 2016 a été menée à partir de documents scientifiques publiés produits par des chercheurs de divers pays, dont le Canada. Les articles publiés en 2017 ont été exclus, car l'année n'était pas complète et cela fausserait l'interprétation des résultats. Un premier examen de la documentation relative à tous les aspects de la recherche sur le suicide et sa prévention a permis de relever près de 2,8 millions d'articles. On a limité la recherche à l'utilisation de trois bases de données (MEDLINE-PubMed, PsycINFO et CINAHL) et de seulement deux types d'articles reconnus pour produire en règle générale des résultats pertinents et de meilleure qualité :

- > des examens systématiques qui tiennent compte des résultats de plusieurs études primaires;
- > des méta-analyses qui combinent les résultats de plusieurs études mentionnées dans un examen systématique.

Cette approche a permis de retenir 867 études scientifiques publiées entre 2000 et 2016, et un rapport de 446 pages présentant les constatations a été rédigé. L'exclusion des connaissances qui ne sont pas saisies dans les examens systématiques ou les méta-analyses (domaines émergents, données probantes non scientifiques, connaissances non publiées ou non examinées par des pairs, études qualitatives, etc.) représente une limite de la recherche documentaire internationale. La Commission a choisi de mettre en évidence certaines des principales constatations par le truchement du présent document sommaire, et le présent texte est une interprétation des principales constatations issues de l'analyse documentaire. Pour accéder au rapport complet (disponible uniquement en anglais pour l'instant), veuillez écrire à l'adresse [infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca).

## Recherche sur le suicide à l'échelle internationale : Où en sommes-nous aujourd'hui et quelles voies devons-nous emprunter ?

La recherche sur le suicide et les comportements suicidaires a augmenté au cours des 15 dernières années sur de nombreux fronts, des aspects cliniques, sociaux et psychologiques aux influences plus vastes de l'environnement au niveau de la population, comme l'accès aux soins de santé mentale.

Le Canada a grandement contribué à la recherche sur le suicide et sa prévention à l'échelle internationale, la part des publications scientifiques du pays passant d'un peu plus de 2 % en 2000 à plus de 6 % en 2015. Dans certains domaines d'expertise, dont la génétique, l'épigénétique, la santé mentale des Autochtones, les chercheurs canadiens réalisent plus du tiers de la recherche internationale. Il existe au Canada des spécialités solides dans le domaine de la recherche sur le suicide et sa prévention.

Les facteurs qui contribuent au suicide et aux comportements suicidaires, ainsi que les solutions possibles, sont complexes et multidimensionnels<sup>1</sup>. Bien qu'il n'existe pas de solution garantissant la prévention du suicide, un examen de la documentation scientifique canadienne et internationale a permis de cerner les connaissances actuelles les plus pertinentes sur les facteurs associés au suicide et les stratégies de prévention. L'examen a également mis en évidence les programmes et les recommandations visant à combler les lacunes en matière de recherche qui pourraient contribuer à éclairer les politiques et procédures futures visant à réduire le risque de suicide chez différentes populations.

### Résumé des facteurs de risque du suicide ou du comportement suicidaire

\* Remarque : Les éléments suivants ne sont pas présentés par ordre d'importance.

Homme (suicide)

Femme (comportement suicidaire)

Adolescents

Antécédents de comportement suicidaire

Exposition à la violence (intimidation, maltraitance des enfants)

Saison (printemps, été)

Personnes recevant des soins hospitaliers

Antécédents familiaux de trouble psychiatrique/suicide

Consommation d'alcool ou de drogues

Incarcération

## Résumé des facteurs de risque du suicide ou du comportement suicidaire

\* Remarque : Les éléments suivants ne sont pas présentés par ordre d'importance.

Facteurs sociaux : solitude, récents événements de la vie

Profession :

- > Médecin (surtout une femme)
- > Agent de police
- > Premier intervenant

Information sur Internet et dans les médias (p. ex. exposition à de l'information sensationnaliste sur les suicides de célébrités)

Affection comorbide

Troubles psychiatriques :

- > Troubles affectifs (dépression)
- > Troubles liés à l'usage d'une substance
- > Troubles psychotiques
- > Troubles de la personnalité (trouble de la personnalité limite)
- > Anorexie
- > Trouble de stress post-traumatique
- > Trouble bipolaire (enfants et jeunes)
- > Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA; enfants et jeunes)
- > Trouble des conduites (enfants et jeunes)

Affections somatiques :

- > Insuffisance pondérale
- > Douleur physique (tout type) (idéation et comportement suicidaire)
- > Avortement antérieur (comportement suicidaire)
- > VIH+ (idéation suicidaire et comportement d'autodestruction)



## Résumé des facteurs de risque du suicide ou du comportement suicidaire

\* Remarque : Les éléments suivants ne sont pas présentés par ordre d'importance.

### Situation socioéconomique :

- > État matrimonial – jeune, non marié (comportement suicidaire)
- > Insécurité socioéconomique
- > Chômage
- > Faible niveau de scolarisation
- > Structure familiale
- > Manque d'affection maternelle
- > Séparation ou divorce

### Autres troubles cérébraux :

- > Trouble cérébral traumatique
- > Déficiences intellectuelles
- > Troubles du spectre de l'autisme
- > Sclérose en plaques
- > Épilepsie
- > Déficit ou déclin cognitif (gens âgés)

### Groupes minoritaires :

- > Chez les populations immigrantes, risque de suicide étroitement lié au pays d'origine
- > lesbiennes, gais et bisexuels (les articles examinés n'incluaient pas les populations transgenres ou en questionnement)
- > Autochtones (surtout les jeunes)

### Personnalité et traits psychologiques :

- > Désespoir
- > Impulsivité
- > Névrosisme
- > Anxiété

## Résumé des facteurs de protection

\*Remarque : Les éléments suivants ne sont pas présentés par ordre d'importance.

Pays d'origine des immigrants, si le pays d'origine présente un risque plus faible de suicide/de comportement suicidaire

Facteurs sociaux :

- > Situation socioéconomique
- > Relation parent-enfant affectueuse
- > Avoir des raisons de vivre
- > Interdépendance sociale
- > Sentiment d'appartenance
- > Religion

Traitement :

- > Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine
- > Kétamine
- > Lithium pour troubles de l'humeur
- > Thérapie comportementale dialectique
- > Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) par Internet, pour la dépression
- > Interventions de suivi
- > Échanges dynamiques et suivi

## Recommandations aux fins de travaux de recherche ultérieurs

Il existe de nombreuses constatations prometteuses dans la recherche sur le suicide, particulièrement dans les domaines de la prévention et des essais d'intervention. Toutefois, certains chercheurs sont peu disposés à recommander l'adoption ou la transposition d'un grand nombre de ces approches à plus grande échelle en raison d'incohérences méthodologiques ou de la communication inadéquate de renseignements sur les essais (p. ex. les personnes qui ont des comportements suicidaires peuvent être exclues des essais cliniques). Par conséquent, les examens systématiques et les méta-analyses – les types de documents utilisés dans l'analyse documentaire et le présent rapport sommaire – ne donnent pas souvent des conclusions définitives.

**Modèles de recherche en collaboration :** Certains chercheurs ont suggéré que les modèles de recherche en collaboration pourraient produire des constatations plus utiles et contribuer à améliorer la qualité des examens systématiques ainsi que des interventions

en situation de crise et en prévention du suicide. Les centres de collaboration peuvent également faciliter les changements sur le plan de l'affectation des ressources ainsi que des normes et les valeurs de recherche en mettant l'accent sur les interactions combinées plutôt que concurrentielles<sup>ii</sup>.

**Plus d'études longitudinales :** De nombreux auteurs ont souligné la nécessité d'effectuer davantage d'études longitudinales pour valider les constatations.

**Harmoniser les méthodes de recherche sur le suicide et sa prévention :** Il serait utile d'harmoniser la méthodologie des études, y compris les procédures de définition, d'évaluation et d'évaluation de la suicidalité. L'harmonisation permettrait d'établir des comparaisons et des conclusions valables.

**Plus de données :** D'autres données probantes sont nécessaires pour appuyer le traitement et le suivi appropriés des jeunes, des minorités ethniques et culturelles, des minorités sexuelles, des personnes âgées, des personnes ayant un handicap ou des problèmes de santé chroniques, ainsi que des sous groupes culturels plus vulnérables au suicide et aux comportements suicidaires.

**Évaluation des interventions communautaires :** Les interventions qui ont été adaptées pour être utilisées dans les collectivités autochtones, par exemple, se sont révélées prometteuses, mais comme de nombreuses études sur la prévention à l'échelle de la population et de la collectivité, le travail d'évaluation est insuffisant pour donner lieu à de solides recommandations.

**Prédiction du risque de suicide :** Il est difficile d'établir une distinction entre plusieurs facteurs, dont les différences dans la conception de l'étude entre les sous-populations (p. ex. différences du suicide et du comportement suicidaire, caractéristiques des personnes atteintes de schizophrénie par rapport aux caractéristiques des personnes atteintes de dépression majeure). De nombreux facteurs biologiques et cliniques ont été déterminés et évalués en fonction de leur valeur prédictive, et cela a réussi à petite échelle, mais des tests et un suivi plus rigoureux des résultats initiaux sont nécessaires. Les travaux de recherche ultérieurs devraient chercher à tirer parti des données probantes actuelles pour créer une continuité.

Aujourd'hui	Avenir
<b>Création de connaissances :</b> Recherche non coordonnée et fragmentée entraînant des lacunes dans les connaissances.	Recherche axée sur les principaux domaines prioritaires et bien répartie parmi les populations, y compris celles du Canada.

Aujourd'hui	Avenir
<p><b>Application des connaissances :</b> Les connaissances existantes sur les approches efficaces ne sont pas toujours communiquées à grande échelle, notamment aux collectivités les plus touchées.</p>	<p>Application accrue des connaissances liées aux résultats de recherche existants; les connaissances sont éclairées par les points de vue des personnes qui ont vécu des expériences pertinentes.</p>
<p><b>Mise en œuvre des connaissances :</b> Les résultats des recherches existent, les gens les connaissent, mais il n'y a pas de mise en œuvre ou de transposition à grande échelle.</p>	<p>Mise en œuvre accélérée et mise en pratique des connaissances et des innovations existantes.</p>



## III. Rapport sommaire

### Pourquoi l'analyse bibliographique a-t-elle été commandée ?

Le suicide est la neuvième cause de tous les décès au Canada; environ 4 000 personnes se suicident au Canada chaque année<sup>iii</sup>. Certaines personnes sont beaucoup plus à risque que d'autres<sup>iv</sup>. Par exemple, les hommes sont trois fois plus susceptibles de se suicider que les femmes, mais les femmes sont trois à quatre fois plus susceptibles de tenter de se suicider. Le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide est une fois et demie plus élevé pour les femmes que pour les hommes<sup>v</sup>. Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 14,7 % de la population canadienne a pensé au suicide et 3,5 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie<sup>vi</sup>.

Les données probantes démontrent clairement que la maladie mentale, en particulier la dépression, est manifestement le facteur de risque le plus important de suicide. Plus de 80 % des personnes qui se sont suicidées étaient atteintes d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à la consommation de substances (> 90 % chez les 15 à 29 ans). Tout indique que c'est souvent l'influence de multiples facteurs qui amènent une personne à se suicider. D'autres déterminants sont la rupture du mariage, les difficultés économiques, un changement dans la santé physique, une perte majeure ou un manque de soutien social<sup>vii</sup>.

Les facteurs qui contribuent au suicide et aux comportements suicidaires, ainsi que les solutions, sont complexes et multidimensionnels. La prise en compte de ces multiples niveaux d'interaction est essentielle à l'élaboration d'une stratégie efficace de prévention du suicide qui peut répondre adéquatement aux besoins uniques des populations dont les taux de suicide sont plus élevés et proposer les meilleures interventions fondées sur des données probantes.

À l'échelle internationale, la hiérarchisation de la recherche s'est avérée une approche efficace pour composer avec les difficultés de la recherche et saisir les occasions de prévenir le suicide. Plusieurs pays ont procédé à une telle hiérarchisation, dont les États-Unis et l'Australie.

### Rôle du gouvernement fédéral en matière de prévention des suicides

Le gouvernement du Canada joue un rôle important dans la prévention du suicide en renforçant des programmes destinés à améliorer la santé mentale et le bien-être et à prévenir le suicide, en exerçant une surveillance du suicide ainsi qu'en menant et en finançant de la recherche pour mieux comprendre le suicide. Il finance aussi certains services de santé mentale à des groupes particuliers, dont les membres des Premières Nations vivant dans des réserves et les Inuits, le personnel actif des Forces armées canadiennes, les anciens combattants, les membres actuels et retraités de la Gendarmerie royale du Canada, les nouveaux arrivants et les détenus des pénitenciers fédéraux. Les activités fédérales de santé publique sont axées sur les populations les plus vulnérables et visent tous les âges et toutes les durées de vie.

De nombreux pays ont également adopté des stratégies nationales de prévention du suicide qui tentent de réduire les décès par suicide au moyen d'approches à plusieurs volets : sensibilisation accrue au suicide et aux pratiques sécuritaires et exemplaires (population générale, milieux scolaires, professionnels, y compris les médias), initiatives de formation sur les pratiques d'intervention les plus prometteuses (professionnels médicaux, membres de la collectivité et « sentinelles » comme les parents, les conjoints/partenaires, amis, enseignants, travailleurs sociaux) et amélioration des soins pour les personnes à risque accru (grâce au dépistage et au traitement des maladies psychiatriques sous-jacentes et à l'amélioration de l'organisation des services).

En 2016, l'Agence de la santé publique du Canada a publié le Cadre fédéral de prévention du suicide<sup>viii</sup>, qui vise à fournir une orientation sur la façon dont différents intervenants en prévention du suicide peuvent collaborer pour optimiser leurs efforts et prévenir le suicide de façon importante au Canada. Bien qu'il s'agisse d'une étape essentielle, d'autres mesures doivent être fondées sur des données probantes, et un programme national commun de recherche et d'application des connaissances pourrait favoriser les interventions dans les domaines où elles seraient les plus efficaces.

La coordination de la recherche et l'intégration de l'expertise dans divers domaines constituent une étape cruciale pour mieux comprendre ce qui motive des personnes à avoir un comportement autodestructeur et pour trouver les outils les plus adéquats et efficaces pour les aider.

Pour répondre à ces besoins, la Commission de la santé mentale du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada ont conjointement demandé au Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés de présenter un résumé des données probantes actuelles sur les facteurs de risque de suicide et la prévention du suicide. Le rapport vise à décrire les principaux sujets de recherche dans le domaine, tout en soulignant les domaines où les chercheurs canadiens ont contribué activement à la documentation internationale.

### Comment l'analyse documentaire a-t-elle été exécutée ?

Une recherche documentaire internationale approfondie de 2000 à 2017 sur le suicide et sa prévention a été menée, à partir de documents scientifiques publiés produits par des chercheurs de divers pays, dont le Canada.

Les objectifs étaient les suivants :

1. Définir l'état de la recherche sur le suicide et sa prévention au Canada et à l'étranger.
2. Cerner les lacunes et les forces du Canada en matière de recherche scientifique.
3. Éclairer les activités futures de mobilisation des intervenants.

**Les études de la plus haute qualité :** Un premier examen de la documentation relative à tous les aspects de la recherche sur le suicide et sa prévention a produit près de 2,8 millions d'articles. La recherche a été limitée à l'utilisation de trois bases de données, MEDLINE-PubMed, PsycINFO et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), et de seulement deux types d'articles reconnus pour la présentation des résultats d'une qualité et pertinence supérieures qui sont plus utiles pour la prise de décisions :

- > des examens systématiques qui tiennent compte des résultats de plusieurs études primaires;
- > des méta-analyses qui combinent les résultats de plusieurs études mentionnées dans un examen systématique.

Cette approche a permis de retenir 867 études scientifiques publiées entre 2000 et 2017, et un rapport de 446 pages détaillant les constatations a été rédigé. Le présent rapport sommaire contient les principales constatations de l'analyse documentaire. L'exclusion des connaissances qui ne sont pas saisies dans les examens systématiques ou les méta-analyses (domaines émergents, données probantes non scientifiques, connaissances non publiées ou non examinées par des pairs, études qualitatives, etc.) représente une limite de cette méthodologie.

**Concentration sur les populations prioritaires :** Les recherches se sont concentrées sur les études portant notamment sur des groupes de population à risque élevé de suicide et de comportement suicidaire, notamment : les Autochtones, les personnes hospitalisées recevant des soins psychiatriques, le personnel militaire, les groupes minoritaires, les personnes incarcérées et d'autres groupes (p. ex. les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et allosexuelles/en questionnement [LGBTQ]).

**Thèmes de recherche d'intérêt :** Les catégories définies pour la portée du rapport comprenaient : l'épidémiologie; les facteurs cliniques, démographiques et sociaux; les facteurs biologiques; la prévention et le dépistage; le traitement et les interventions; les soins de suivi et la postvention; et la recherche sur les services.

### Limites de la recherche

**Accent mis sur les synthèses de recherches :** En raison du grand nombre d'articles recensés par la recherche documentaire, l'examen a été limité aux articles faisant la synthèse de recherches originales de façon systématique (méta-analyses et examen systématique). Cela a exclu les examens spécialisés ou l'ensemble des publications principales dans un domaine d'expertise donné. De plus, les méta-analyses et les examens systématiques ont tendance à mettre l'accent sur des domaines de recherche plus établis plutôt que sur des domaines émergents comme l'épigénétique.

**La prévalence de la recherche quantitative :** Malgré les recherches effectuées dans des bases de données complémentaires, la méthodologie a favorisé la recherche quantitative publiée dans des revues scientifiques. Toutefois, plusieurs études reposaient sur des approches qualitatives et faisaient spécifiquement mention de documentation parallèle.

**Méta-analyse par rapport à examen systématique :** Seules les principales constatations et recommandations des méta-analyses ont été retenues lorsqu'il y avait de nombreux articles pour un thème particulier, mais lorsqu'il y avait peu d'articles sur un sujet particulier, les constatations et recommandations des examens systématiques ont été indiquées. Cette approche a été utilisée en raison du nombre variable d'articles correspondant à chaque sous-thème. De plus, certains articles ont été omis si les termes « méta-analyse » ou « examen systématique » n'étaient pas expressément mentionnés dans le titre, le résumé ou les mots-clés.

**Inclusion de données canadiennes :** Le pays d'origine était indiqué si au moins une des études comportait des données canadiennes. Il est possible que des données canadiennes importantes aient été incluses dans certains examens systématiques et méta-analyses, mais n'aient pas été formellement indiquées comme étant d'origine canadienne. La préférence a été accordée aux études nord américaines pour améliorer la pertinence dans le contexte canadien.

**Études canadiennes :** La documentation compilée dans la bibliothèque canadienne de recherche sur le suicide donne un aperçu des travaux de recherche attribuables au Canada, y compris les principaux articles de recherche, et pourrait aider à reconnaître les chercheurs clés du domaine. Cette information est mise en évidence dans les graphiques, mais elle n'est pas incluse dans l'analyse documentaire du rapport.

## Ce que révèlent les données probantes actuelles

*Voir le tableau des faits saillants de l'étude à l'annexe I pour de plus amples renseignements concernant chaque thème.*

**Compréhension du suicide :** Les études épidémiologiques visent principalement à déterminer l'incidence et la prévalence du suicide, des tentatives de suicide et des pensées suicidaires.

### Ce qu'ont révélé les données probantes :

- > Le suicide et les troubles mentaux sont liés (> 80 % des suicides); certains troubles sont représentés de façon disproportionnée : troubles affectifs, troubles de consommation de substances, troubles psychotiques et troubles de la personnalité.
- > Risque particulièrement élevé de concentration de cas parmi les collectivités autochtones et les jeunes, ou dans des environnements particuliers, comme un établissement correctionnel.



- > Les groupes vulnérables à risque comprennent les femmes enceintes, les personnes LGBTQ, les médecins, les policiers, les personnes hospitalisées et les personnes incarcérées.
- > L'insécurité socioéconomique est liée à un risque accru de problèmes de santé mentale et de suicide, surtout au cours des cinq premières années de chômage.

**Facteurs cliniques associés au suicide :** La détermination des personnes les plus à risque de se suicider ou de subir un préjudice lié au suicide est une priorité pour les cliniciens et les décideurs. Il s'agit également d'une priorité dans la communauté mondiale de la recherche où la détermination des facteurs de risque et de protection est devenue l'un des domaines les plus dynamiques de la recherche sur le suicide. Les facteurs cliniques les plus étudiés sont les suivants : l'exposition à la violence, au suicide et aux comportements suicidaires; les antécédents personnels de comportement autodestructeur ou de comportement suicidaire; les troubles de l'humeur; la psychose et la schizophrénie; les troubles de toxicomanie; les autres troubles psychiatriques; les autres troubles cérébraux; les affections somatiques; les traits psychologiques et de la personnalité; et la fonction neurocognitive.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > Risque accru de comportement suicidaire chez les personnes qui ont été victimes de violence dans le cadre de relations interpersonnelles, notamment la maltraitance dans l'enfance, l'intimidation, la violence dans les fréquentations et la violence dans la collectivité.
- > Les antécédents de comportement autodestructeur ou de comportement suicidaire semblent poser un risque de comportement suicidaire futur et même de suicide.
- > Bon nombre de maladies mentales et de toxicomanies (y compris le tabagisme) et de troubles liés à la consommation de substances sont fortement associés au suicide.
- > Risque accru de suicide chez les survivants d'une lésion cérébrale traumatique par rapport à ceux qui n'ont aucun antécédent de lésion cérébrale traumatique.
- > Les personnes atteintes de tout type de douleur physique sont plus à risque d'avoir des pensées ou des comportements suicidaires.
- > L'impulsivité, le désespoir, le névrosisme, l'extroversion, les sentiments de défaite ou se sentir pris au piège et la détresse psychologique ont tous été associés à un risque accru de suicide.

**Facteurs démographiques et sociaux associés au suicide :** Cette vaste catégorie de facteurs de risque est principalement répartie parmi les groupes suivants : personnes âgées; jeunes; contexte familial; spiritualité ou religion; Autochtones; groupes minoritaires; personnel militaire; personnes recevant des soins hospitaliers; personnes incarcérées; autres facteurs sociaux (principalement la stabilité économique et la profession).

### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > La victimisation par les pairs, en particulier la cyberintimidation, est associée à un risque accru de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes.
- > Les facteurs de risque les plus importants pour les pensées et les comportements suicidaires chez les adolescents sont, entre autres, l'âge, la structure familiale, les antécédents familiaux, les événements de la vie.
- > Les personnes âgées sont vulnérables aux difficultés psychologiques qui suivent une blessure physique ou une maladie.
- > L'établissement de relations parent-enfant étroites, dynamiques et affectueuses, l'attachement familial, les soins perçus ont des effets protecteurs contre le suicide.
- > Des données probantes solides établissent un lien entre la pratique religieuse et la diminution du risque de suicide, de dépression et de consommation de substances.
- > Au sein des communautés des Premières Nations, des Inuits ou des Métis : de multiples approches et interventions ont démontré des effets protecteurs, mais elles devraient être examinées dans le cadre d'études plus évaluatives et contrôlées.
- > Les groupes minoritaires (y compris les minorités sexuelles) sont souvent exposés à un risque de suicide plus élevé, mais le risque chez les immigrants est étroitement lié au pays d'origine.
- > Taux plus élevés de comportements suicidaires chez les anciens combattants que dans la population générale, mais taux plus faibles chez le personnel militaire actif (sauf au Royaume-Uni et aux États-Unis).
- > Le suicide chez les patients hospitalisés représente de 1 à 1,5 % de tous les suicides (y compris les soins psychiatriques, les soins de longue durée et d'autres milieux médicaux), et le risque spécifique est vraisemblablement lié au diagnostic sous-jacent; les patients courent également un risque accru de suicide immédiatement après leur congé d'un hôpital psychiatrique (voir la section Recherche sur les services).
- > Selon la documentation disponible, environ 8 % des décès de personnes incarcérées dans le monde sont attribuables au suicide. Les personnes récemment libérées ont un taux accru de suicide; le risque diminue d'une fois et demie au cours des cinq premières années suivant la libération.

**Facteurs biologiques associés au suicide :** Il y a eu un changement dans notre compréhension du suicide non seulement en tant que concept social, moral ou philosophique, mais aussi en raison de facteurs biologiques distincts et mesurables. Les facteurs biologiques associés au suicide les plus étudiés sont les suivants : les études d'imagerie; la réaction au stress; les changements épigénétiques (l'influence du stress et des changements environnementaux sur l'expression génétique); la génétique

(pour déterminer les antécédents familiaux de facteurs de risque); et les voies biologiques (p. ex. l'inflammation). Ce domaine de recherche pourrait mener à des biomarqueurs utilisables pour prédire les comportements suicidaires et à une meilleure compréhension des mécanismes biologiques sous-jacents aux comportements suicidaires, ce qui pourrait éclairer les approches thérapeutiques.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > L'imagerie a révélé des changements structurels dans le cerveau de personnes qui se sont suicidées ou qui ont tenté de se suicider ou ont pensé à se suicider.
- > Les adolescents et les jeunes adultes peuvent avoir des réactions hormonales différentes au stress que celles des adultes plus âgés.
- > De nombreux éléments soutiennent la nature héréditaire du suicide et des comportements suicidaires.
- > De plus en plus de données établissent un lien entre l'inflammation cérébrale et les pensées suicidaires.
- > Un faible taux de cholestérol a été lié au suicide, mais cela reste à confirmer.
- > De faibles concentrations d'acide gras oméga-3 sont liées à la dépression et au trouble bipolaire.
- > De faibles niveaux de sérotonine, un neurotransmetteur, dans le cerveau peuvent indiquer un risque accru de suicide (biomarqueur potentiel).

**Prévention et dépistage du suicide :** Des stratégies efficaces de prévention du suicide et de détection précoce des personnes à risque de suicide ou de comportement suicidaire sont essentielles. Les politiques de santé publique visant à réduire l'accès à des moyens mortels, le fait de privilégier les reportages médiatiques responsables sur le suicide, les initiatives d'éducation destinées au public, une meilleure détection de la suicidalité et un accès facilité aux soins pour les personnes à risque de suicide font partie des stratégies de prévention et de dépistage adoptées. De plus, les stratégies de prévention peuvent être adaptées aux besoins de certains groupes et peuvent être mises en œuvre au niveau de la collectivité ou dans des environnements particuliers comme les écoles ou le milieu de travail.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > La plupart des études concluent que la restriction des moyens est une méthode efficace de prévention du suicide, notamment le contrôle des analgésiques et des obstacles structurels aux endroits où plusieurs suicides se sont produits.
- > Les reportages médiatiques sur le suicide peuvent influencer sur le comportement lié au suicide; les reportages responsables peuvent réduire les risques, tandis que les articles sur les suicides de célébrités peuvent augmenter les risques (jusqu'à 24 semaines après l'incident).

- > Les interventions de proximité axées sur les personnes âgées (dépistage et traitement de la dépression, réduction de l'isolement) sont efficaces, surtout chez les femmes.
- > Il n'y a pas suffisamment de données probantes sur la réduction du nombre de décès par suicide à la suite d'interventions en milieu scolaire; toutefois, dans certains cas il y a eu une diminution des tentatives de suicide et des pensées suicidaires, une amélioration des connaissances et des attitudes et des comportements de recherche d'aide.
- > Les stratégies de prévention en milieu de travail sont bénéfiques.
- > Les facteurs propres au milieu de travail liés à un risque accru de suicide : faible contrôle sur le travail, monotonie du travail et exigences psychologiques élevées.
- > La formation des médecins et de sentinelles compte parmi les mesures de prévention du suicide les plus efficaces.
- > À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer les avantages du dépistage dans les milieux de soins primaires; des outils peuvent aider à repérer certains adultes à risque de suicide, mais ils se révèlent moins efficaces pour le dépistage chez les jeunes et les adultes âgés.
- > Certaines collectivités élaborent des programmes de formation efficaces en prévention du suicide pour répondre à leurs besoins particuliers.
- > Les interventions aux endroits où plusieurs suicides ont eu lieu, y compris l'envoi d'équipes de soins sur place, sont une pratique prometteuse.

**Traitement et interventions :** Une fois que le risque de suicide a été déterminé, il est important de traiter à la fois les symptômes immédiats de suicidalité et les problèmes sous-jacents. Pour déterminer les traitements qui se sont avérés efficaces, l'examen a retenu les études axées sur : la prestation d'interventions en cas de crise; les contributions des soins infirmiers; la psychothérapie; les approches de traitement pharmacothérapeutique (p. ex. avec des antidépresseurs); et d'autres types de traitement.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > Les utilisateurs de services téléphoniques d'urgence voient leurs risques immédiats de suicide diminuer et leur état mental s'améliorer. Les utilisateurs et les conseillers donnent une rétroaction positive.
- > Bien que les interventions de suivi soient susceptibles d'être efficaces pour réduire les comportements autodestructeurs, les éléments spécifiques qui sont efficaces ne sont pas connus de façon précise. Plus particulièrement, les études évaluant les interventions brèves (téléphone, carte postale, lettre, fiches pour situation d'urgence ou de crise) ont montré une réduction des épisodes subséquents d'autodestruction ou de tentatives de suicide, bien que les effets aient été négligeables.

- > Des données probantes semblent indiquer que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique réduisent considérablement le comportement suicidaire, les tentatives de suicide et le comportement autodestructeur, mais on ne sait pas si ces effets peuvent être maintenus.
- > Certains antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) réduisent le risque de suicide chez les adultes et les personnes âgées. Malgré des études d'observation écologiques et à grande échelle montrant une diminution des taux de suicide grâce à une plus grande utilisation d'antidépresseurs (surtout des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), des études portant sur des preuves directes des effets des antidépresseurs sur les décès par suicide ont donné des résultats contradictoires.
- > De nombreuses données probantes (consensus parmi toutes les études) donnent à penser que le risque de suicide et de tentative de suicide chez les personnes ayant des troubles de l'humeur est considérablement plus faible avec le traitement au lithium.
- > De bonnes données probantes corroborent la réduction des comportements suicidaires grâce à l'utilisation de la clozapine, un médicament antipsychotique, tandis que certaines données indiquent une augmentation des comportements suicidaires chez les personnes traitées à l'aide d'autres antipsychotiques de deuxième génération (lanzapine, rispéridone, quétiapine, aripiprazole et asénapine).
- > Certaines études semblent indiquer que la stimulation cérébrale profonde peut accroître le risque de suicide et le comportement autodestructeur. Des recherches plus poussées sont toutefois nécessaires pour confirmer cette allégation.

**Suivi et postvention :** Le risque de suicide peut être élevé chez les personnes qui ont eu des pensées suicidaires ou qui ont tenté de se suicider ou chez les personnes qui ont un proche qui s'est suicidé. On a envisagé différentes approches pour les soins de suivi des personnes qui ont des pensées suicidaires (p. ex. gestion intensive des cas et suivi indirect). De plus, la postvention – l'intervention à la suite d'un suicide – offre du soutien aux personnes endeuillées par le suicide, ce qui diminue le risque qu'elles aient des pensées suicidaires.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > Éléments peu probants relatifs à l'avantage éphémère (12 mois) des soins de suivi intensif après une tentative de suicide.
- > La thérapie guidée (mais pas celle non guidée) par Internet est une approche de postvention prometteuse.
- > L'efficacité des interventions téléphoniques reste à déterminer.
- > De nombreuses applications sont disponibles, mais peu sont fondées sur des données probantes et certaines peuvent être néfastes.

- > Les groupes d'entraide pour les personnes endeuillées par le suicide donnent des résultats positifs.
- > Le niveau de fonctionnement du parent survivant après un suicide et l'estime de soi de l'adolescent survivant sont des facteurs de protection pour les adolescents endeuillés par le suicide.

**Recherche sur les services :** L'accès aux services et leur utilisation ont suscité une certaine attention ces dernières années. La fréquence d'utilisation, la disponibilité de soins appropriés et l'organisation des services peuvent tous influencer sur la capacité du système de soins de santé d'intervenir avant une tentative de suicide ou un suicide. Par exemple, les faits montrent que plus des trois quarts des personnes qui se suicident ont communiqué avec un service de santé dans l'année de leur décès. Par conséquent, il peut y avoir une occasion d'aider les personnes entre leur prise de contact avec un service de santé et leur tentative de suicide ou leur suicide subséquent. Les thèmes de recherche examinés ont été les visites répétées à la salle d'urgence, les soins spécialisés, le traitement et le congé et l'organisation des soins après le congé.

#### **Ce qu'ont révélé les données probantes :**

- > Les visites au service des urgences peuvent être un indicateur utile d'un besoin non comblé en services de santé mentale.
- > Les interventions de suivi peuvent réduire le risque de récurrence des comportements d'autodestruction.
- > Le tiers des personnes qui demandent de l'aide en santé mentale au service des urgences reçoivent leur congé sans qu'un suivi soit effectué.
- > La formation, les politiques et les lignes directrices améliorent la connaissance et la confiance des préposés aux urgences lorsqu'ils traitent des personnes qui ont des comportements d'autodestruction.
- > Près du quart des suicides surviennent dans les trois mois suivant le congé des services de santé.

#### **Recommandations aux fins de recherches futures**

De nombreuses constatations prometteuses sont issues de la recherche sur le suicide, particulièrement dans les domaines de la prévention et de l'intervention. Toutefois, certains chercheurs sont peu disposés à recommander l'adoption ou la transposition à plus grande échelle d'un grand nombre de ces approches en raison d'incohérences méthodologiques ou de la communication inadéquate de renseignements sur les essais (p. ex. les personnes ayant un comportement suicidaire peuvent être exclues des essais cliniques). Par conséquent, les examens systématiques et des méta-analyses ne donnent pas souvent des conclusions définitives.

Plusieurs approches ont été suggérées pour réduire ou éliminer ces limites.

> **Production d'une plus grande quantité de données**

- Pour mieux comprendre les mécanismes menant au comportement suicidaire.
- Pour appuyer un traitement et un suivi adéquats des jeunes, des minorités ethniques/culturelles, des minorités sexuelles et des personnes âgées.
- Pour mieux comprendre les sous-groupes culturels qui sont plus vulnérables au suicide et aux comportements suicidaires (p. ex. évaluations des interventions prometteuses dans les collectivités autochtones).

> **Prédiction du risque**

- Une caractérisation plus poussée des différences entre les sous-populations de personnes appartenant à des groupes qui présentent un risque plus élevé de suicide (p. ex. les personnes atteintes de schizophrénie par rapport aux personnes atteintes de dépression majeure).
- Tests plus rigoureux et suivi des facteurs biologiques et cliniques associés au suicide qui ont été cernés et évalués pour l'établissement de leur valeur prédictive (en particulier l'épigénétique et les biomarqueurs).

> **Traitement et interventions**

- Diverses approches pharmacothérapeutiques, en particulier les antidépresseurs et les stabilisateurs de l'humeur, ainsi que la psychothérapie, ont fait l'objet de nombreuses études, mais ce n'est pas le cas des approches des soins infirmiers et des interventions en cas de crise.
- Constatations prometteuses en matière de prévention et d'intervention, mais souvent non concluantes en raison d'incohérences méthodologiques ou d'une communication inadéquate d'information sur les essais. Certains chercheurs ont laissé entendre que les modèles ou centres de recherche en collaboration pourraient produire des constatations plus utiles.

> **Plus de recherches sur la postvention et les services dans les domaines suivants**

- Rentabilité et efficacité des thérapies par Internet.
- Études de suivi à long terme.
- Efficacité des interventions brèves et téléphoniques.
- Deuil et postvention, en particulier dans les pays non occidentaux.
- Évaluation des protocoles de formation de sentinelles.

> **Études contrôlées randomisées sur les sujets suivants**

- Réduction des moyens.
- Interventions en milieu scolaire et communautaire, y compris dans les communautés autochtones.

- Formation des sentinelles.
- Visites répétées aux urgences.
- Traitement et congé.
- > **Évaluations plus rigoureuses dans les domaines suivants**
  - Programmes prometteurs de prévention du suicide à petite échelle.
  - Programmes pour le personnel militaire.
  - Programmes pour les personnes âgées.
  - Counseling psychologique en ligne.
  - Formation de sentinelles.
- > **Méthodes de recherche améliorées**
  - Harmonisation des méthodes de réalisation des études, quel que soit le thème de la recherche.
  - Adoption de modèles de recherche en collaboration.
  - Création de centres de recherche en collaboration.
  - Davantage d'études longitudinales sont nécessaires et sur de plus longues périodes.
  - Des études longitudinales intégrant des variables biopsychosociales seraient bénéfiques (exposition à la violence, au suicide et au comportement suicidaire; traits personnels et psychologiques; antidépresseurs; méthodes de suicide; troubles de l'humeur).

## Contribution canadienne et contribution internationale à la recherche sur le suicide et sa prévention

Contribution importante et croissante du Canada à la recherche internationale sur le suicide. La recherche canadienne sur le suicide représente environ 4 % de l'ensemble de la documentation internationale sur le suicide, ce qui est considérable compte tenu de la taille relative de la population canadienne (articles publiés de 2000 à 2016). La part du Canada dans les publications internationales sur le suicide est passée de 2,16 % en 2000 à 6,12 % en 2015. Dans certains domaines d'expertise particuliers, les chercheurs canadiens réalisent plus du tiers de la recherche internationale et leurs points forts se situent dans les domaines suivants :

### Domaines de recherche sur le suicide comportant le plus d'études canadiennes

Traitement et interventions

Facteurs cliniques et sociodémographiques

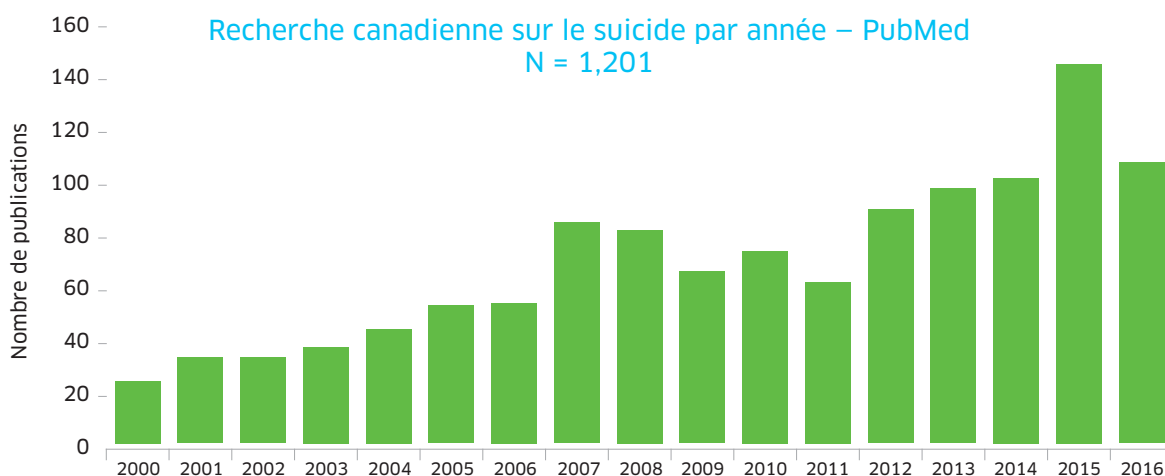
Épidémiologie

Prévention et dépistage



- > Épigénétique : 44 % du total des articles
- > Recherche sur les peuples autochtones : 12,3 % du total des articles
- > Génétique liée au suicide : 10,85 % du total des articles
- > Facteurs sociaux associés au suicide : 4,92 % du total des articles
- > Sciences biologiques : 4,28 % du total des articles

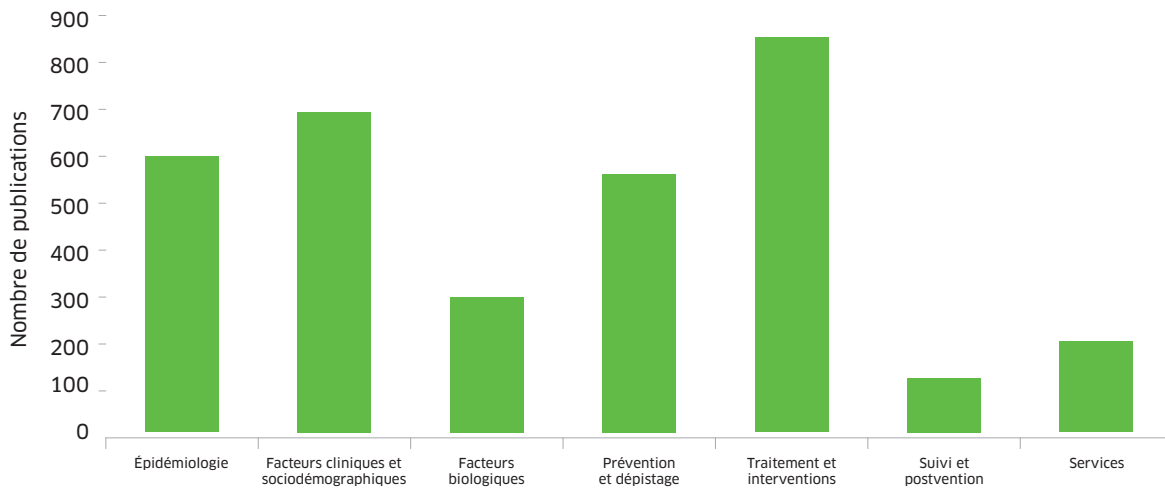
## DISTRIBUTION DE LA RECHERCHE CANADIENNE SUR LE SUICIDE PAR ANNÉE, PUBMED, 2000 À 2016



**Financement de la recherche canadienne sur le suicide :** Un examen du financement de la recherche sur le suicide par les trois organismes fédéraux de financement de la recherche a révélé que le secteur des facteurs cliniques et sociodémographiques a reçu, de loin, la plus grande part des subventions, tandis que le secteur du suivi et de la postvention a été le moins financé.

Les chercheurs canadiens sont bien représentés sur le plan de l'ensemble de leurs publications par rapport à la taille de la population. Il est toutefois pertinent de noter que certains domaines spécialisés peuvent être mieux représentés que d'autres (p. ex. la postvention à elle seule ne permet d'extraire que trois articles rédigés par des chercheurs canadiens, tandis que l'urgence à elle seule permet d'extraire 97 articles rédigés par des Canadiens).

## SUJETS DES PUBLICATIONS CANADIENNES



### Organismes canadiens de financement de la recherche Financement de la recherche sur le suicide et sa prévention : 2000 à 2016

Facteurs cliniques et sociodémographiques	33 922 270 \$
Prévention et dépistage	10 333 637 \$
Facteurs biologiques	8 961 028 \$
Épidémiologie	3 641 057 \$
Traitement et interventions	3 518 277 \$
Services	2 752 306 \$
Suivi et postvention	627 939 \$

\* Les trois organismes fédéraux de financement de la recherche sont les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. De nombreuses subventions sont affectées à plus d'une catégorie (p. ex. épidémiologie et services de santé). Le montant total investi dans la recherche sur le suicide et sa prévention est de 43 751 828 \$.

**Distribution des fonds par type de subvention :** La majeure partie du financement des trois organismes a été consacrée à des subventions et à de la formation (51 % et 37 % respectivement) et les projets de transfert des connaissances ont reçu une proportion nettement inférieure (8 %).

**À l'échelle internationale, les domaines de recherche bien établis comprennent les suivants :**

- > Épidémiologie
- > Facteurs cliniques et sociodémographiques : troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles liés aux substances liées au suicide
- > Facteurs biologiques : facteurs génétiques du suicide
- > Prévention et dépistage
- > Traitement et interventions : antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur et psychothérapie

**À l'échelle internationale, voici les domaines de recherche émergents :**

- > Suivi et postvention
- > Services de santé
- > Facteurs cliniques et sociodémographiques : suicide chez les minorités culturelles, ethniques et sexuelles
- > Facteurs biologiques : épigénétique et biomarqueurs
- > Traitement et interventions : approche des soins infirmiers et interventions en cas de crise

**Limites et recommandations en vue de travaux de recherche ultérieurs**

Les auteurs des examens systématiques et des méta-analyses ont formulé plusieurs recommandations, dont certaines ont été répétées par plusieurs auteurs :

- > Il faut assurer un meilleur suivi de la recherche et une évaluation plus approfondie des programmes de prévention.
- > Parmi les stratégies de prévention du suicide qui ont été élaborées et mises à l'essai, plusieurs sont intéressantes et prometteuses. Il est impossible de formuler des recommandations officielles en raison de l'absence d'évaluation adéquate.
- > Davantage de recherches sont nécessaires pour l'élaboration de modèles de prédiction du suicide, à l'aide de combinaisons de facteurs biologiques et cliniques.
- > De nombreux secteurs de la recherche sur le suicide, y compris la recherche sur les essais de prévention et d'intervention, donnent lieu à des constatations prometteuses, mais souvent peu concluantes en raison d'incohérences méthodologiques ou de la communication inadéquate de renseignements sur les essais (p. ex. données démographiques).

- > Les modèles de recherche en collaboration peuvent produire des constatations plus utiles dans le domaine et contribuer à améliorer la qualité de la recherche scientifique et de la prévention du suicide et des interventions. Les centres de collaboration peuvent également faciliter les changements touchant l'affectation des ressources ainsi que les normes et les valeurs de recherche en mettant l'accent sur les relations axées sur la collaboration plutôt que sur la concurrence.
- > Davantage d'études longitudinales sont nécessaires, et celles-ci devraient être réalisées sur de plus longues périodes.
- > Les sous-groupes culturels plus vulnérables au suicide et aux comportements suicidaires devraient être étudiés de plus près. Les interventions qui ont été adaptées pour être utilisées dans les communautés autochtones, par exemple, se sont révélées prometteuses, mais à l'instar de nombreuses études de prévention au niveau de la population et de la collectivité, le travail d'évaluation n'a pas été suffisant pour permettre la formulation de recommandations solides.

La prédiction du risque de suicide demeure imprécise; cela peut s'expliquer en partie par les différences qui touchent les sous-populations qui n'ont pas été adéquatement caractérisées (p. ex. les caractéristiques du suicide et du comportement suicidaire des personnes atteintes de schizophrénie diffèrent de celles des personnes atteintes de dépression majeure). De nombreux facteurs biologiques et cliniques ont été déterminés et évalués aux fins de la valeur prédictive; bien qu'il y ait certaines réussites à petite échelle, des tests plus rigoureux et un suivi des résultats initiaux sont nécessaires.



## ANNEXE 1 : FAITS SAILLANTS DE L'ÉTUDE

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<b>Épidémiologie : Détermination de l'incidence et de la prévalence du suicide, des tentatives de suicide et des pensées suicidaires (82 études)</b>	
<p><b>Généralités</b> (7 études : 5 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Plus d'hommes que de femmes se sont suicidés dans toutes les régions.</p> <p>Près du tiers des personnes se présentent au service des urgences en santé mentale parce qu'elles se sont infligé des blessures, et il est fort probable que les actes d'autodestruction se répètent.</p> <p>Les adolescents courent un risque accru de pensées suicidaires.</p> <p>Des facteurs géographiques et ethniques influent sur le risque.</p> <p>Le comportement suicidaire est plus fréquent chez les femmes et les jeunes, les personnes non mariées et les personnes ayant un trouble psychiatrique.</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Accent sur les populations prioritaires.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Des statistiques internationales plus fiables et des rapports plus exacts sur le suicide pour permettre la comparaison des taux et des facteurs de suicide d'un pays à l'autre; améliorer/harmoniser la méthodologie des études; étudier les différences entre les genres au chapitre du suicide.</p>
<p><b>Spécificités géographiques</b> (7 études : 3 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Les méthodes utilisées pour mettre fin à sa vie par suicide varient selon la région et au fil du temps.</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Les obstacles culturels, sociaux et juridiques peuvent influencer sur la divulgation des troubles psychiatriques et du suicide.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Modèles régionaux de méthodes de suicide.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Facteurs contributifs saisonniers et environnementaux</b> (6 études/3 exclues : 1 contenait des données canadiennes)</p> <p>La plupart des travaux portent à croire que les tentatives de suicide et les suicides suivent une tendance propre à la saison avec un sommet au printemps et à l'été, quel que soit le sexe.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Les efforts de prévention pourraient être guidés par des données sur le caractère saisonnier du suicide.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Mécanisme biologique du caractère saisonnier non encore élucidé.</p>
<p><b>Liens avec une maladie mentale</b> (26 études/ 7 exclues : 10 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Le suicide et les troubles mentaux sont liés (&gt; 80 % des suicides); certains troubles sont représentés de façon disproportionnée : troubles affectifs, troubles de consommation de substances, troubles psychotiques et troubles de la personnalité.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Réalisation d'études pour mesurer l'incidence des politiques (p. ex. disponibilité d'armes à feu et d'alcool et utilisation d'antidépresseurs par les jeunes) sur le suicide et les comportements suicidaires.</p> <p>La détermination de groupes de population prioritaires pourrait mener à des stratégies de prévention adaptées et réduire les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Le suicide en l'absence d'un trouble mental pouvant être diagnostiqué pourrait faire l'objet d'une enquête dans différents contextes géographiques et socioculturels.</p> <p>Étude approfondie des cofacteurs : différences sexuelles dans le risque de suicide, influence de la consommation d'alcool.</p> <p>Nécessité d'études longitudinales à grande échelle (p. ex. rôle des facteurs de risque et de protection).</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Exposition au suicide/comportement suicidaire</b> (6 études : 4 font état d'études canadiennes)</p> <p>L'exposition professionnelle au suicide et aux comportements suicidaires est fréquente chez les étudiants en médecine, le personnel infirmier, le personnel paramédical et le personnel des urgences.</p> <p>Les « concentrations de cas de suicide » se produisent dans divers contextes (p. ex. hôpitaux psychiatriques, écoles, prisons, collectivités autochtones).</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Formation et soutien nécessaires pour les professionnels de la santé afin d'améliorer leur attitude et leur confiance lorsqu'ils sont face à des personnes qui ont des comportements autodestructeurs.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Meilleure compréhension des « concentrations de cas de suicide ».</p>
<p><b>Méthodes de suicide</b> (9 études : 3 font mention de données canadiennes)</p> <p>L'autoempoisonnement prévaut chez les adolescents (peu importe l'origine ethnique).</p> <p>Consommation d'alcool associée à l'utilisation d'armes à feu comme moyen d'autodestruction, de tentative de suicide ou de suicide.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Meilleure prévention du suicide dans des environnements contrôlés (hôpitaux, prisons, lieux de détention).</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Données sur les adolescents; données sur l'efficacité des politiques de lutte contre les armes à feu; recherche prospective axée sur la population.</p>
<p><b>Détermination des groupes minoritaires et vulnérables</b> (13 études/4 exclues : 2 font mention de données canadiennes)</p> <p>Les populations prioritaires comprennent : les jeunes, les personnes LGBTQ, les médecins (surtout les femmes), certains groupes policiers, les patients hospitalisés et les personnes incarcérées.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Détection et mesure du risque de suicide dans les communautés LGBTQ.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Meilleures données sur les groupes ethniques minoritaires et les facteurs de risque de suicide chez les femmes médecins et les patients hospitalisés.</p> <p>Recherche prospective axée sur la population.</p>

**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Facteurs contributifs socioéconomiques**  
*(8 études/ 2 exclues : 1 contient des données canadiennes)*

Lacunes de la recherche : Comment atténuer les répercussions des difficultés économiques sur l'état de la santé mentale.

Insécurité socioéconomique liée à un risque accru de problèmes de santé mentale et de suicide, en particulier les cinq premières années de chômage.

**Facteurs cliniques : Détermination des facteurs de risque et de protection mesurables (317 études)**

**Exposition à la violence, au suicide et aux comportements suicidaires**  
*(39 études/10 exclues)*

**Lacunes de la recherche :** Études longitudinales axées sur la population; évaluations normalisées; prévention et détection rapide de la violence dans le cadre des relations interpersonnelles (surtout à un jeune âge); mécanismes biologiques des maladies psychiatriques chez les victimes d'agression sexuelle.

Risque accru de suicide ou de comportement suicidaire chez les victimes de violence dans le cadre de relations interpersonnelles; personnes ayant des antécédents de comportement autodestructeur ou de comportement suicidaire; personnes exposées au suicide d'un membre de la famille; personnes qui entendent parler d'un suicide de célébrité (surtout durant la première semaine suivant le suicide).

**Antécédents personnels**  
*(14 études/3 exclues : 6 ont du contenu canadien)*

**Lacunes de la recherche :** Aspects psychologiques des comportements autodestructeurs répétés.

Les comportements autodestructeurs ou les comportements suicidaires antérieurs sont l'un des facteurs contributifs les plus souvent mentionnés pour le suicide.



**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Troubles de l'humeur**

*(45 études/14 exclues : 12 études réalisées à l'aide de données canadiennes)*

42 % des personnes qui se sont suicidées avaient reçu un diagnostic de trouble affectif (surtout la dépression).

Le risque de suicide se concentre au début de la maladie et peu après la sortie de l'hôpital.

Facteurs de risque importants : sexe masculin, antécédents familiaux de troubles psychiatriques, tentative de suicide antérieure, dépression plus grave, désespoir et troubles concomitants, y compris l'anxiété et l'abus d'alcool et de drogues.

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Lacunes du programme :** Les facteurs de risque cernés pourraient être utilisés dans les évaluations cliniques; concentrer les efforts de prévention du suicide sur les personnes hospitalisées récemment ou à maintes reprises.

**Lacunes de la recherche :**

À l'avenir, les études pourraient comprendre de l'information sur la conception de l'étude, la sélection de l'échantillon, les caractéristiques des maladies de l'échantillon, les caractéristiques des tentatives de suicide; plus d'études longitudinales et à grande échelle; le risque de comportement suicidaire sous-déclaré dans le cadre d'études cliniques et épidémiologiques.

**Psychose et schizophrénie**

*(28 études/8 exclues : 11 contiennent des données canadiennes)*

9,2 % des personnes qui se sont suicidées ont connu un épisode psychotique (y compris la schizophrénie).

Les personnes qui reçoivent un traitement à l'hôpital présentent le plus grand risque de suicide tôt après leur admission.

Facteurs de risque possibles : jeune âge de la personne au début de la psychose, antécédents de dépendance à l'alcool ou à des substances, durée de la psychose non traitée.

**Lacunes de la recherche :** Faire la distinction entre les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble schizoaffectif et celles ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (pour déterminer les sous-groupes à risque variable).

**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Troubles de consommation problématique de substances** (31 articles/5 exclus : 12 contiennent des données canadiennes)

25,7 % des personnes qui se sont suicidées avaient reçu un diagnostic de consommation problématique de substances (40,8 % chez les 15 à 29 ans).

Lien important entre le trouble lié à la consommation d'alcool et le risque accru de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicide.

Plus de pensées suicidaires et de tentatives de suicide avec la consommation de cannabis; le risque augmente si la consommation de cannabis est grande.

Le tabagisme (cigarette) augmente considérablement le risque de suicide.

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Lacunes de la recherche :** La question de savoir si une forte consommation de cannabis augmente le risque imminent de suicidalité; la santé mentale des jeunes Autochtones dans l'Arctique et les causes sous-jacentes; étudier si le tabagisme est un véritable facteur de risque.

**Autres troubles psychiatriques associés au suicide** (45 articles/9 exclus : 22 contiennent des données canadiennes)

Le trouble le plus fréquent est la dépression. Autres troubles : anxiété, consommation problématique d'alcool et trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention/trouble des conduites (personnes plus jeunes), trouble dysmorphique du corps, anorexie, trouble de stress post-traumatique, troubles du sommeil.

**Lacunes des programmes :** Les stratégies de prévention du suicide peuvent être plus efficaces si elles sont axées sur le traitement des troubles mentaux (au-delà de la dépression).

**Lacunes de la recherche :** Études longitudinales sur la progression des troubles psychiatriques.

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Autres troubles cérébraux</b> <i>(26 articles/3 exclus : 14 ont du contenu canadien)</i></p> <p>Risque accru de suicide chez les personnes atteintes d'une lésion cérébrale traumatique, de troubles du spectre autistique (adultes), de migraine avec aura, de sclérose en plaques, d'épilepsie.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Prévalence des traumatismes cérébraux, pensées suicidaires et tentatives de suicide et établissement de pratiques de prévention; lien entre l'épilepsie et le suicide.</p>
<p><b>Affections somatiques</b> <i>(48 articles/14 exclus : 17 ont du contenu canadien)</i></p> <p>La personne ayant une douleur physique (maux de tête, dos, arthrite, etc.) est plus à risque d'avoir des pensées suicidaires ou un comportement suicidaire.</p> <p>Autres facteurs de risque : insuffisance pondérale (le surpoids est associé à une diminution du risque de suicide), personnes séropositives (pensées de suicide ou comportement autodestructeur signalées chez près de 25 % des personnes séropositives).</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> L'indice de masse corporelle peut être utile pour évaluer le risque de suicide.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Des études de cohorte prospectives sont nécessaires pour confirmer les constatations; les données disponibles sont difficiles à interpréter (p. ex. autres facteurs d'influence).</p>

**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Personnalité et traits psychologiques**

*(30 articles/6 exclus : 12 ont du contenu canadien)*

Suicide et comportement suicidaire associés à : impulsivité, névrosisme, désespoir, trouble de la personnalité limite (jeune), impression de défaite et d'être pris au piège, expériences de vie stressantes.

Les facteurs sociaux (raisons de vivre, sentiment d'appartenance, liens sociaux) sont des facteurs de protection contre les pensées suicidaires, les comportements suicidaires et le suicide.

**Fonction neurocognitive**

*(11 articles/4 exclus : 4 ont du contenu canadien)*

Les personnes qui ont tenté de se suicider ont un rendement inférieur dans les tests neuropsychologiques (p. ex. la tâche du Casino ou « Iowa gambling task »).

Les résultats des études d'imagerie indiquent que les comportements suicidaires sont en corrélation avec une modification de la prise de décisions, de la fluidité du langage et de la résolution de problèmes.

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Lacunes des programmes :** Dépistage de ces troubles chez les personnes qui ont des comportements autodestructeurs et les traiter au moyen d'interventions appropriées; la tâche du casino ou « Iowa gambling task » (qui mesure l'impulsivité) pourrait être un test utile pour évaluer le risque suicidaire à long terme des personnes ayant des troubles de l'humeur.

**Lacunes de la recherche :** Études longitudinales sur l'évolution de ces troubles.

**Lacunes de la recherche :** Nécessité d'effectuer des recherches générales, y compris des études prospectives sur le lien entre la fonction exécutive (processus mentaux qui nous aident à accomplir des tâches) et la suicidalité; lien entre les déficits de mémoire et les personnes qui ont tenté de se suicider.

Ce que les données probantes révèlent  
Quelques constatations importantes

Lacunes de la recherche et des  
programmes  
Quelques recommandations clés

**Facteurs sociodémographiques : Détermination des facteurs de risque et de protection mesurables (194 études)**

**Jeunes** (66 études/14 exclues : 23 ont du contenu canadien)

La victimisation par les pairs (surtout sous forme de cyberintimidation) est associée à un risque accru de pensées suicidaires et de tentatives de suicide chez les jeunes.

Facteurs de risque les plus importants : âge, structure familiale, antécédents familiaux, événements de la vie.

L'attachement à l'école protège contre les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, mais les efforts de prévention en milieu scolaire semblent n'avoir aucun effet manifeste sur les taux de suicide.

Les patients pédiatriques qui ont des comportements autodestructeurs bénéficient d'un suivi après leur congé des services médicaux.

**Lacunes de la recherche :** Examiner ensemble les facteurs de risque de suicide (non isolément) pour déterminer les effets combinés; des approches de suivi efficaces avec des mesures claires des résultats; l'incidence des antidépresseurs sur les jeunes.

**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Personnes âgées** (22 articles/10 exclus :  
7 contiennent des données canadiennes)

Risque accru de suicide associé aux blessures physiques ou aux maladies (les hommes sont plus à risque), dépression, isolement social, déclin fonctionnel, déficiences cognitives.

Dans les résidences pour personnes âgées (p. ex. maisons de soins infirmiers), les pensées suicidaires sont très courantes, mais le suicide est rare.

Interventions efficaces : soins en collaboration, suivi de proximité par un psychiatre (deux fois plus efficaces pour les femmes si la prestation des soins est assurée par un médecin généraliste).

**Contexte familial** (8 articles/2 exclus :  
5 ont du contenu canadien)

Les facteurs de protection comprennent l'établissement de relations étroites et affectueuses entre les parents et les enfants et l'attachement à la famille.

Taux de suicide plus élevés chez les personnes qui ont vécu un divorce que chez les personnes mariées (surtout les hommes d'âge moyen et les hommes plus âgés).

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Lacunes des programmes :** Stratégies de prévention du suicide (p. ex. dans le but d'améliorer la résilience, de mobiliser la famille et la collectivité); programmes de prévention universels comprenant le dépistage de la dépression et l'éducation en matière de santé à l'échelle communautaire.

**Lacunes de la recherche :** Caractéristiques sexospécifiques parmi les personnes âgées; risque de suicide dans les logements avec services (autres que les établissements de soins en résidence).

**Lacunes des programmes :** Les relations pourraient être un élément pris en compte dans l'évaluation du risque de suicide.

**Lacunes de la recherche :** Recherche sur les interventions axées sur les parents, les points de vue des parents et le soutien familial (surtout chez les jeunes de minorités ethniques et de minorités sexuelles).

**Ce que les données probantes révèlent**  
**Quelques constatations importantes**

**Spiritualité et religion** (6 articles/3 exclus : tous ont un certain contenu canadien)

De nombreux éléments de preuve permettent d'établir un lien entre la pratique religieuse et la diminution du risque de suicide, de dépression et de consommation de substances (surtout chez les personnes âgées).

**Lacunes de la recherche et des programmes**  
**Quelques recommandations clés**

**Lacunes des programmes :** Tenir compte de l'environnement social et religieux au moment de concevoir des stratégies de prévention du suicide pour des populations particulières.

**Lacunes de la recherche :** Faire la distinction entre les effets protecteurs sur les pensées suicidaires et sur les tentatives de suicide.

**Autochtones** (8 articles/1 exclu : 5 contiennent des données canadiennes)

Les programmes de prévention du suicide destinés aux collectivités autochtones (p. ex. formation de sentinelles) peuvent avoir une incidence importante sur les comportements suicidaires, mais ne font pas l'objet d'évaluations rigoureuses et d'essais contrôlés randomisés.

Chez les personnes âgées inuites, les liens avec les membres de la famille et le fait d'habiter sur la terre ancestrale sont des facteurs de protection, tandis que la déconnexion de la famille, la violence, la consommation problématique de drogues ou d'alcool et l'abus sexuel sont des facteurs de risque.

**Lacunes des programmes :** Interventions ciblées en milieu urbain et rural, y compris les concepts de prévention du suicide chez les Inuits (p. ex. rétablir la fierté culturelle) en complément des modèles occidentaux.

**Lacunes de la recherche :** Meilleure conception des études sur les interventions de prévention du suicide ciblant les communautés autochtones pour une évaluation plus exacte des mesures axées sur les comportements suicidaires; faire participer les Autochtones à titre de partenaires égaux dans le processus de recherche; les causes sous-jacentes des problèmes de santé mentale dans l'Arctique; les besoins en santé mentale des jeunes Autochtones dans l'Arctique.

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Groupes minoritaires</b> (24 articles/4 exclus : 10 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Les groupes minoritaires (y compris les minorités sexuelles) peuvent être exposés à un risque de suicide plus élevé, mais le risque de suicide chez les immigrants est étroitement lié au pays d'origine.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Facteurs menant à un risque accru chez les groupes minoritaires (surtout la discrimination, la victimisation); recoupement entre les minorités ethniques et sexuelles; efforts accrus pour inclure les minorités sexuelles dans les études.</p>
<p><b>Personnel militaire</b> (10 articles/5 exclus : 2 font mention de données canadiennes)</p> <p>Taux plus élevés de comportements suicidaires chez les anciens combattants que dans la population générale, mais taux plus faibles chez le personnel militaire actif (sauf au Royaume-Uni et aux États Unis).</p> <p>Facteurs de risque associés au suicide : échec des relations intimes, problèmes financiers, problèmes juridiques/disciplinaires, stress au travail.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Les pensées et les comportements suicidaires en permanence pourraient être évalués adéquatement chez les anciens combattants; évaluation plus rigoureuse des interventions chez le personnel militaire actif.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Évaluer des événements de combat particuliers (exposition aux meurtres et aux atrocités) et des interventions chez les anciens combattants.</p>
<p><b>Personnes traitées à l'hôpital</b> (11 articles/4 exclus : 2 font état de données canadiennes)</p> <p>Ces personnes représentent de 1 à 1,5 % de tous les décès par suicide et sont plus susceptibles d'être des femmes.</p> <p>Le risque de suicide est le plus élevé peu après l'admission à l'hôpital.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Améliorer le système de soins et la sécurité de l'environnement.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Caractéristiques des personnes qui meurent par suicide pendant un traitement à l'hôpital. Planification et intention chez les patients traités à l'hôpital (différences entre le suicide à l'unité de soins, pendant un congé convenu ou pendant une fuite).</p>



Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Incarcération</b> (8 articles : 3 présentent des données canadiennes)</p> <p>À l'échelle mondiale, environ 8 % des personnes incarcérées se suicident.</p> <p>Facteurs de risque : occupation d'une cellule individuelle; comportements suicidaires antérieurs, troubles psychiatriques ou consommation d'alcool problématique; libération initiale de prison.</p> <p>Facteurs de protection : Recours à des personnes incarcérées formées pour offrir un soutien social.</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Éviter les cellules individuelles pour les personnes incarcérées à risque de suicide; traiter les troubles psychiatriques et les troubles liés à la consommation de substances; offrir un soutien coordonné pour la transition vers la collectivité.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Autres facteurs contributifs (p. ex. trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, comorbidités, désespoir, événements de la vie, arrêt de la médication) qui peuvent éclairer des stratégies de prévention efficaces.</p>
<p><b>Autres facteurs sociaux</b> (31 articles/5 exclus : 11 font état de données canadiennes)</p> <p>Les facteurs de risque comprennent : le chômage, certaines professions (médecins [particulièrement les femmes], stagiaires en médecine, travailleurs agricoles, policiers/premiers intervenants, emplois peu spécialisés).</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Stratégies de prévention du suicide axées sur les populations socioéconomiques inférieures; meilleur accès aux ressources en santé mentale pour les étudiants en médecine.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Études mieux contrôlées du lien entre le risque de suicide et les professions.</p>

Ce que les données probantes révèlent  
Quelques constatations importantes

Lacunes de la recherche et des programmes  
Quelques recommandations clés

**Facteurs biologiques : Détermination des changements biologiques distincts et mesurables (62 études)**

**Imagerie** (4 articles)

Changements structurels relevés dans le cerveau des personnes qui se sont suicidées ou qui ont tenté de se suicider ou qui ont des pensées suicidaires (p. ex. hypersignaux, volume réduit de matière grise).

**Lacunes de la recherche :** Distinguer les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les intentions chez les populations à risque; les hypersignaux cérébraux chez les personnes atteintes d'un trouble unipolaire ou bipolaire peuvent être un marqueur biologique utile de la suicidalité; confirmer si les changements anatomiques dans le cerveau sont toujours associés à des comportements suicidaires selon le sexe et le diagnostic.

**Réaction au stress** (3 articles/1 exclu)

Les adolescents ont une réaction hormonale différente au stress.

Résultats contradictoires concernant la réaction au stress et les antécédents de tentative de suicide.

**Lacunes de la recherche :** Il faut normaliser davantage les études; classer les résultats selon l'âge pour distinguer les réactions de stress modifiées; établir un lien entre les comportements suicidaires et la modification des voies glucocorticoïdes dans le cerveau des adolescents.

Ce que les données probantes révèlent  
Quelques constatations importantes

**Génétique** (37 articles/5 exclus :  
11 contiennent des données canadiennes)

Solides preuves à l'appui de la nature héréditaire du suicide et du comportement suicidaire et du fait que les facteurs génétiques représentent au moins une partie du risque de suicide transmissible.

La sérotonine, un neurotransmetteur, demeure un sujet d'étude important.

Les études sur d'autres gènes ont présenté des limites : aucune association constante entre l'expression génétique et les comportements suicidaires; les associations ont rarement été importantes à l'échelle du génome; les résultats ne peuvent être reproduits d'une étude à l'autre.

Lacunes de la recherche et des programmes  
Quelques recommandations clés

**Lacunes de la recherche :** Études menées sur de plus grandes populations et contrôles assortis; déclarer séparément le suicide, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires; améliorer l'acceptation de la contribution biologique au comportement suicidaire chez les professionnels de la santé.

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Immunologie</b> (7 études : 2 contenaient des données canadiennes)</p> <p>Preuve croissante d'un rôle que le système immunitaire joue dans les suicides, en mettant l'accent sur le lien entre les marqueurs inflammatoires et les comportements suicidaires.</p> <p>Niveau accru de protéines inflammatoires (IL-1<math>\beta</math>, IL-6, IL-10) chez les personnes qui ont des pensées suicidaires et facteur de nécrose tumorale (pro-inflammatoire) chez les personnes qui se sont suicidées.</p> <p>L'activation des cellules microgliales (cellules qui interviennent dans la réaction immunitaire) et des monocytes (qui détectent les matières étrangères envahissantes dans le sang) peut être un marqueur de suicidalité.</p> <p>Le plasma des personnes qui ont des pensées suicidaires contient des niveaux inférieurs d'IL-2.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b></p> <p>Études longitudinales pour évaluer les niveaux de cytokine et de chémokine; déterminer si les marqueurs inflammatoires sont propres aux troubles psychiatriques.</p>
<p><b>Lipides</b> (5 études/2 exclues)</p> <p>Un faible taux de cholestérol peut être lié aux tentatives de suicide et aux suicides, particulièrement au moyen de méthodes violentes.</p> <p>Indication d'une diminution du DHA, l'acide gras oméga-3, dans le cortex frontal des personnes atteintes de dépression ou de trouble bipolaire.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Lien entre le faible taux de cholestérol et le risque de suicide; lien entre les suppléments alimentaires d'acides gras (p. ex. oméga-3) et la prévention du suicide.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Facteurs neurotrophiques</b> (5 articles/2 exclus)</p> <p>Données scientifiques contradictoires sur le lien entre la protéine du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF) (aide à stimuler et à contrôler la création de nouveaux neurones) et les tentatives de suicide et les neuropeptides de lutte contre le stress et le comportement suicidaire.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> La fonction biologique des variantes génétiques du facteur neurotrophique dérivé du cerveau; la façon dont les neuropeptides sont exprimés chez diverses personnes pourrait faciliter le choix du traitement.</p>
<p><b>Biomarqueurs</b> (1 étude)</p> <p>Molécules du système sérotonergique comme biomarqueur potentiel.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Raffinement des prédicteurs biologiques et intégration aux prédicteurs cliniques afin d'optimiser un modèle de prédiction du suicide en clinique.</p>
<b>Prévention et dépistage : Détection précoce (172 études)</b>	
<p><b>Réduction des moyens</b> (32 articles/7 exclus : 17 renvoient à des données canadiennes)</p> <p>La restriction des moyens est la méthode la plus efficace de prévention du suicide, notamment le contrôle des analgésiques (p. ex. opioïdes) et les obstacles structureaux aux endroits où les suicides sont plus fréquents.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Sensibiliser la famille à l'accès aux moyens pour les personnes qui reçoivent leur congé de l'établissement médical; envisager de limiter l'accès combiné à l'alcool et aux armes à feu (p. ex. limiter l'accès aux armes à feu pour les personnes qui ont déjà été reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies).</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Essais contrôlés randomisés touchant les interventions de prévention.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Reportages médiatiques</b> <i>(13 études/1 exclue : 4 contiennent des données canadiennes)</i></p> <p>La représentation médiatique peut influencer sur les risques : les reportages responsables peuvent réduire les risques, tandis que les reportages sur les suicides de célébrités peuvent augmenter les risques (jusqu'à 24 semaines).</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Contrôler les reportages sur les suicides en tant qu'élément des stratégies de prévention; formation des journalistes sur le reportage responsable.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Effets généraux de l'accès à l'information en ligne sur les comportements autodestructeurs et le suicide; incidence de la couverture médiatique en ligne sur le suicide.</p>
<p><b>Services de proximité</b> <i>(15 articles/5 exclus : 5 contiennent des données canadiennes)</i></p> <p>Les interventions de proximité axées sur les populations de personnes âgées (dépression, dépistage et traitement, réduction de l'isolement) sont efficaces, surtout chez les femmes.</p> <p>Il existe des obstacles à la mise en œuvre de stratégies de prévention dans certains environnements, en particulier dans les prisons.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Des interventions adaptées aux besoins des Autochtones sont nécessaires (notamment en milieu urbain) et celles-ci doivent être évaluées de façon uniforme et rigoureuse; formation du personnel correctionnel (p. ex. améliorer les techniques de prévention de comportements autodestructeurs et d'adaptation).</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Études contrôlées randomisées pour les interventions (p. ex. formation de sentinelles) dans les communautés autochtones; communautés en ligne pour les discussions sur les comportements autodestructeurs; évaluation des interventions pour les personnes âgées.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Milieu scolaire</b> (22 études/4 exclues : 6 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Aucune étude en milieu scolaire n'a clairement démontré une réduction du nombre de suicides et peu d'entre elles indiquaient une diminution des tentatives de suicide et des pensées suicidaires.</p> <p>Très peu d'études ont été menées auprès des jeunes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Des interventions pourraient être conçues localement et adaptées à la culture; un réseau national de la recherche à la pratique pour mettre en œuvre et évaluer des entrevues prometteuses.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> La prévention des tentatives répétées de suicide chez les jeunes qui ne cherchent pas à recevoir des soins; des essais contrôlés randomisés plus nombreux pour clarifier l'incidence des programmes scolaires.</p>
<p><b>Programmes en milieu de travail</b> (5 études : 3 renvoient à des données canadiennes)</p> <p>Les stratégies de prévention en milieu de travail sont bénéfiques (p. ex. interventions multidimensionnelles pour le personnel militaire, y compris des suppléments d'oméga-3).</p> <p>Facteurs liés au milieu de travail qui sont associés à un risque accru de suicide : faible contrôle sur le travail, monotonie du travail et exigences psychologiques élevées.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Des programmes généraux de sensibilisation pourraient être appliqués dans différents contextes; éviter d'adapter les stratégies pour les environnements militaires en fonction des recherches touchant des civils.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Évaluations de meilleure qualité des interventions; incidence du régime alimentaire sur la détresse psychiatrique.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Formation et sensibilisation</b> <i>(20 études/4 exclues : 8 ont du contenu canadien)</i></p> <p>Offrir un programme de premiers soins en santé mentale contribue à accroître les connaissances relatives aux problèmes de santé mentale.</p> <p>Une formation adaptée à la culture est bénéfique, mais peu d'essais contrôlés randomisés visent à examiner cette question.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Mieux caractériser les effets du programme de premiers soins en santé mentale sur les comportements suicidaires; la sensibilisation des omnipraticiens à la prévention du suicide fait partie des stratégies de prévention.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Programmes d'éducation du public et de dépistage; essais contrôlés randomisés pour valider les avantages de la formation de sentinelles et des omnipraticiens.</p>
<p><b>Détection de la suicidalité</b> <i>(49 études/19 exclues : 15 contiennent des données canadiennes)</i></p> <p>À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer les avantages du dépistage dans les milieux de soins primaires; des outils peuvent aider à identifier certains adultes, mais ils sont moins efficaces chez les jeunes et les adultes âgés.</p> <p>Les sentinelles offrent l'occasion de déterminer les populations prioritaires.</p> <p>Il est fréquent que le personnel infirmier manque de confiance dans l'évaluation du risque de suicide.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> La principale responsabilité des médecins pour ce qui est de la réduction des taux de suicide demeure la détermination et le traitement des problèmes de santé mentale.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Prédiction des comportements suicidaires qui allie des marqueurs biologiques et cliniques; validation accrue de la formation des sentinelles et de l'évaluation du risque à court terme et traitabilité : guide d'évaluation et de planification (START); outils et approches de dépistage chez les adolescents et les personnes âgées; contenu de la communication sur le suicide (de ceux qui se suicident) pour repérer les signes avant-coureurs.</p>



Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Organisation et accès aux soins</b> <i>(16 études/ 8 exclues : 5 faisant état des données canadiennes)</i></p> <p>Certaines collectivités élaborent des programmes de formation efficaces en prévention du suicide afin de répondre à leurs besoins particuliers.</p> <p>Mettre en place des équipes de soins dans les endroits où plusieurs suicides ont eu lieu.</p> <p>Risques de suicide : absence de soutien, supervision, services de proximité de transition (de l'hôpital); services de santé mentale inadéquats.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Formation obligatoire en évaluation du suicide pour le personnel infirmier et les étudiants en soins infirmiers. Pour les personnes incarcérées : évaluer régulièrement le risque de suicide, améliorer les services de santé mentale, réduire l'isolement; évaluation du suicide de 24 à 48 heures après le congé de l'hôpital.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Nombreux aspects des soins courants pour les personnes à risque de suicide; efforts de prévention dans les endroits où les suicides sont fréquents.</p>
<p><b>Traitement et interventions : S'attaquer aux symptômes immédiats et aux maladies sous-jacentes (175 études)</b></p>	
<p><b>Interventions en cas de crise</b> <i>(6 études/2 exclues : 2 contiennent des données canadiennes)</i></p> <p>Les utilisateurs des services téléphoniques d'urgence et de counseling en ligne profitent de ces interventions.</p> <p>Les interventions brèves comportent moins d'avantages (p. ex. carte postale, lettre, fiche pour situation d'urgence ou de crise).</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Suivi à long terme des personnes qui utilisent les services d'écoute téléphonique.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Évaluation de la consultation psychologique en ligne; recherche qualitative sur l'utilisation de la ligne d'écoute téléphonique; interventions brèves.</p>
<p><b>Soins infirmiers</b> <i>(7 études/3 exclues : 1 renvoie aux données canadiennes)</i></p> <p>Les élèves sont plus susceptibles de se confier à une infirmière scolaire.</p> <p>La capacité du personnel infirmier de favoriser l'espoir dépend de la possibilité de parler et d'écouter des personnes à risque de suicide.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Connaissances adaptées aux différences culturelles pour comprendre la signification du suicide dans des contextes précis.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Psychothérapie</b> (55 études/10 exclues : 14 renvoient à des données canadiennes)</p> <p>Des preuves modérées corroborent l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie dialectique comportementale, mais on ne sait pas si ces effets peuvent être maintenus.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> La thérapie psychologique peut protéger les enfants et les adolescents qui ont des pensées suicidaires et peut toujours accompagner le traitement médicamenteux.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Analyse coûts-avantages des traitements plus longs; signalement non systématique des comportements suicidaires.</p>
<p><b>Pharmacothérapie – antidépresseurs</b> (62 études/ 24 exclues : 9 renvoient à des données canadiennes)</p> <p>Certains antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) réduisent le risque de suicide chez les adultes et les personnes âgées/aînées; il existe des données contradictoires pour les enfants et les adolescents, ainsi que pour l'effet causal direct sur le suicide.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> La psychothérapie pourrait être un ajout bénéfique au traitement aux antidépresseurs pour réduire les pensées suicidaires.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Analyser les données d'essais cliniques non publiées pour réduire la probabilité de biais; études longitudinales avec sujets plus représentatifs pour évaluer l'effet du traitement aux antidépresseurs sur le suicide.</p>
<p><b>Pharmacothérapie – stabilisateurs de l'humeur</b> (20 études/10 exclues : 1 renvoie à des données canadiennes)</p> <p>De nombreux éléments donnent à croire que le risque de suicide et de tentative de suicide chez les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur est considérablement plus faible avec un traitement au lithium.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Essais randomisés concernant les comportements suicidaires.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Pharmacothérapie – autres agents</b> (22 études/ 10 exclues : 2 font mention de données canadiennes)</p> <p>De bonnes données probantes corroborent la réduction des comportements suicidaires grâce à l'utilisation du médicament antipsychotique clozapine, tandis que certaines données indiquent une augmentation des décès par suicide avec d'autres antipsychotiques de deuxième génération.</p> <p>Selon des données probantes, le traitement à la kétamine diminue les pensées suicidaires.</p> <p>Le risque de comportements autodestructeurs a diminué considérablement après le traitement du premier épisode de psychose, et ce, jusqu'à sept ans de suivi.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Les essais cliniques peuvent ne pas être représentatifs de la population ayant un comportement suicidaire (les personnes ayant des antécédents de comportement suicidaire sont généralement exclues des essais cliniques).</p>
<p><b>Autres méthodes de traitement</b> (3 études : 1 renvoie à des données canadiennes)</p> <p>La stimulation cérébrale profonde augmente le risque de suicide et de comportements autodestructeurs.</p> <p>Preuve limitée de l'efficacité de la thérapie électroconvulsive sur le risque de suicide.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Longues études de suivi pour démontrer l'efficacité de la stimulation cérébrale profonde et ses effets sur le risque de suicide.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<b>Soins de suivi et postvention : Diminution du risque d'autres comportements suicidaires (28 études)</b>	
<p><b>Gestion de cas intensive</b> (5 études : 4 font état de données canadiennes)</p> <p>Éléments peu probants relatifs à l'avantage éphémère (12 mois) des soins de suivi intensif après une tentative de suicide.</p> <p>Les soins intensifs peuvent aider à rétablir les liens entre des personnes et leur famille.</p> <p>Plusieurs études concluent que la gestion de cas intensive n'est pas plus efficace que les soins ordinaires pour réduire le suicide.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Rétablissement de relations de soutien.</p>
<p><b>Approches de suivi indirect</b> (10 études/1 exclue : 2 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Une thérapie guidée (mais pas celle non guidée) par Internet est une approche de postvention prometteuse.</p> <p>L'efficacité des interventions par téléphone est incertaine.</p> <p>Il existe de nombreuses applications disponibles, mais peu sont fondées sur des données probantes et certaines peuvent être néfastes.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Il faut faire preuve de jugement avant de recommander des applications.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Rentabilité et efficacité des thérapies par Internet; études de suivi à long terme; efficacité des interventions téléphoniques et de courte durée.</p>
<p><b>Deuil</b> (13 études/4 exclues : 4 ont du contenu canadien)</p> <p>Les groupes d'entraide pour les personnes endeuillées par le suicide contribuent à des résultats positifs.</p> <p>Niveau de fonctionnement du parent restant important pour les résultats positifs des adolescents endeuillés.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Plus grande offre de soutien social et professionnel en cas de deuil grâce à des interventions adaptées aux diverses situations.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Deuil et postvention; évaluation des protocoles de formation des sentinelles.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<b>Services de recherche : Accès et utilisation des services (25 études)</b>	
<p><b>Visites répétées aux urgences</b> (5 études : 3 font état de données canadiennes)</p> <p>L'autoempoisonnement est la méthode d'autodestruction la plus fréquente.</p> <p>Les hommes plus âgés courent un risque plus élevé d'autodestruction à répétition à l'aide d'autres méthodes que l'autoempoisonnement,</p> <p>Les interventions de suivi peuvent réduire le risque de comportement d'autodestruction à répétition.</p> <p>Les antécédents de comportements autodestructeurs sont systématiquement mentionnés comme l'un des prédicteurs les plus solides de comportement autodestructeur futur.</p>	<p><b>Lacunes des programmes :</b> Les stratégies de prévention pourraient cibler les personnes à risque élevé.</p> <p><b>Lacunes de la recherche :</b> Incidence des interventions de suivi; vastes essais contrôlés randomisés; aspects psychologiques de l'autodestruction à répétition; impact d'autres facteurs (sexe, trouble de l'humeur, etc.).</p>
<p><b>Soins spécialisés</b> (2 études/1 exclue)</p> <p>Aucune association entre un comportement autodestructeur à répétition et les différents niveaux d'hospitalisation ou de suivi par un spécialiste.</p>	<p><b>Lacunes de la recherche :</b> Savoir si les stratégies de soins courants et l'hospitalisation ont des effets protecteurs.</p>

Ce que les données probantes révèlent Quelques constatations importantes	Lacunes de la recherche et des programmes Quelques recommandations clés
<p><b>Traitement et congé</b> (9 études : 3 contiennent des données canadiennes)</p> <p>La formation, les politiques et les lignes directrices améliorent la connaissance et la confiance des travailleurs des services d'urgence dans le traitement des personnes qui ont des comportements autodestructeurs.</p> <p>Le suivi semble efficace pour réduire les suicides pendant 12 mois après une tentative de suicide, mais le tiers des personnes reçoivent leur congé sans qu'un suivi soit effectué.</p> <p>Mesures efficaces d'évaluation des risques : Manchester Self-Harm Project (étude sur le comportement autodestructeur), Implicit Association Test (test d'association implicite), formulaire d'évaluation de la violence et du suicide.</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Soins de proximité pour répondre aux besoins des personnes qui ont des comportements autodestructeurs et qui utilisent les services des urgences à répétition; suivi après le congé de l'hôpital; meilleure formation pour le personnel infirmier, le personnel paramédical et les autres travailleurs des services d'urgence.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Interventions en soins infirmiers; attitudes du personnel paramédical envers les personnes qui ont des comportements autodestructeurs; vastes essais contrôlés randomisés pour évaluer les interventions.</p>
<p><b>Organisation des soins après le congé</b> (9 études/ 4 exclues : 2 contiennent des données canadiennes)</p> <p>Taux accru de suicide chez toutes les personnes ayant des antécédents criminels (un quart dans les trois mois suivant la libération).</p> <p>Les équipes de proximité de santé mentale peuvent réduire le risque chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave.</p> <p>Traitement après le congé très efficace chez les enfants (effet protecteur de la participation parentale).</p>	<p><b>Lacunes des programmes</b> : Soins adéquats après le congé; évaluation du risque de suicide 24 à 48 heures avant le congé.</p> <p><b>Lacunes de la recherche</b> : Prédire le suicide après le congé; déterminer les soins les plus efficaces après le congé; l'incidence des équipes communautaires de santé mentale.</p>

## Références

Pour consulter l'analyse documentaire complète, y compris la liste des références, veuillez communiquer avec [infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca). Remarque : Pour l'instant, l'analyse complète n'existe qu'en anglais.

- I. Turecki G, Brent D. A. *Suicide and suicidal behaviour*. Lancet (Londres, Angleterre), 2016; 387(10024) : p. 1227 à 1239.
- II. Davis Molock S., Heekin éj.ém., Matlin S.G., Barksdale C.L., Gray E., Booth C.L. *The baby or the bath water? Lessons learned from the National Alliance for Suicide Prevention Research Prioritization Task Force literature review*. *American Journal of Preventive Medicine*, 2014; 47(3 suppl. 2):S115-121.
- III. Le gouvernement du Canada. Tableau 102-0551. Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge.
- IV. Statistique Canada. *Les taux de suicide : un aperçu*, 2017, no 82-624-X au catalogue; [www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm#n5](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm#n5).
- V. Langlois S. et Morrison Peter. Statistique Canada. *Suicides et tentatives de suicide, 2002*.
- VI. Findlay L. Statistique Canada. Depression and suicidal ideation among Canadians aged 15 to 24. Catalogue no 82-003-X ISSN 1209-1367, 2017.
- VII. Santé Canada. *Le suicide au Canada : Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, 1994.
- VIII. Le gouvernement du Canada. Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Cadre fédéral de prévention du suicide. Canada, ASPC (éd.), Ottawa, 2016.



## Commission de la santé mentale du Canada

350, rue Albert, bureau 1210  
Ottawa, ON K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755  
Télec. : 613.798.2989

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)  
[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)

[@CSMC\\_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [y/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)  
[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)