



Consommation de substances et suicide chez les jeunes : Stratégies de prévention et d'intervention

Messages clés

- La cooccurrence de la consommation de substances et du suicide est un phénomène fréquent chez les jeunes, et ils ont de nombreux facteurs de risque et de protection en commun.
- La consommation de substances représente un facteur de risque important pour l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide.
- Des ressources de prévention de suicide ont été mises au point pour les praticiens de santé et autres professionnels œuvrant auprès des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances.
- D'autres évaluations sont nécessaires pour déterminer l'incidence de ces ressources de prévention et pour vérifier si elles sont efficaces pour venir en aide aux jeunes atteints d'un problème de consommation de substances.
- Même si les preuves disponibles sont limitées, il y a de nouvelles stratégies de traitement prometteuses pour les jeunes avec des problèmes concomitants de consommation de substances et de tendances suicidaires.

Introduction

À l'échelle mondiale, plus de 800 000 personnes s'enlèvent la vie chaque année, et le nombre de personnes faisant des tentatives de suicide est plus élevé encore. Le suicide se situe parmi les cinq plus importantes causes de décès au monde pour les jeunes de 15 à 19 ans¹. La notion du suicide peut survenir par de nombreux moyens différents, et de nombreux facteurs de risque et un manque de facteurs de protection (voir le tableau 1)² peuvent y être attribués. En 2011, au Canada, le suicide était la deuxième cause de décès la plus importante chez les jeunes canadiens (âgés de 15 à 19 ans)³. Cependant, le suicide mortel représente seulement une partie de cet enjeu de la santé publique. Par exemple, en 2002, les rapports ont indiqué qu'environ 7 % des jeunes (âgés de 15 à 19 ans) ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédente, contre moins de 4 % pour tous les Canadiens âgés de plus de 15 ans⁴. Le nombre croissant de jeunes canadiens admis à l'hôpital pour automutilation peut être largement attribué à l'augmentation de 102 % d'hospitalisation de jeunes filles âgées de 10 à 17 ans, de 2009 à 2014⁵. Bien que le suicide soit largement considéré comme un enjeu lié à la santé mentale, découlant typiquement de troubles affectifs (p. ex. la dépression), il existe de nombreuses preuves indiquant que le suicide et le comportement suicidaire sont fréquemment liés à la consommation de substances et aux



toxicomanies. Les résultats d'une méta-analyse effectuée auprès d'adultes indiquent que le risque de suicide est 9,8 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'alcool, 13,5 fois plus élevé chez les personnes abusant d'opioïdes et 16,9 fois plus élevé chez les personnes consommant plus d'une substance⁶. En raison du lien important entre la consommation de substances et le suicide, il faut déterminer s'il existe des stratégies de prévention et d'intervention efficaces pour les jeunes atteints de ces troubles concomitants. Ce sommaire a été réalisé afin de fournir des renseignements sur cette situation au public général, y compris les fournisseurs de traitements pour consommation de substances, les personnes œuvrant dans la prévention du suicide et les personnes qui travaillent auprès des jeunes. Le sommaire intéressera également les chercheurs étudiant la cooccurrence entre le suicide et la consommation de substances.

Tableau 1. Exemples de facteurs de risque et de protection possibles pour le suicide et le comportement suicidaire

Facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none">• Accès limité aux soins de santé• Accès à un moyen de se suicider• Stigmatisation• Traumatismes ou facteurs de stress (p. ex. discrimination, agressions)• Problèmes interpersonnels (p. ex. conflits, isolation, manque de soutien)• Facteurs biologiques (p. ex. facteurs génétiques, modifications neurochimiques)• Sentiment d'impuissance• Trouble de santé mentale ou toxicomanies• Tentative de suicide antérieure• Antécédents familiaux de suicide
Facteurs de protection	<ul style="list-style-type: none">• Relations interpersonnelles favorables• Croyances religieuses ou spirituelles• Stratégies d'adaptation favorables (p. ex. résolution de problèmes, recherche d'aide)• Estime de soi et efficacité personnelle

Source : Organisation mondiale de la Santé²

Consommation de substances et suicide chez les jeunes

Les tendances suicidaires et la consommation problématique de substances surviennent souvent durant l'adolescence, faisant de cette période du développement un moment important pour le déploiement d'efforts de prévention et d'intervention⁷. Bon nombre d'études ont établi un lien entre l'abus d'alcool et d'autres substances pendant l'adolescence et le suicide, et ce, de façon constante^{8,9,10}. Malgré cela, la prévalence élevée d'abus d'alcool ou de drogues, facteur de risque important, continue d'être ignorée¹¹. Parmi les adolescents qui se sont suicidés, entre 27 % et 50 % d'entre eux répondaient aux critères décrivant un trouble lié à une consommation de substances. De plus, chez les adolescents s'étant suicidés, le taux d'abus d'alcool était sept fois et demie plus élevé et le taux d'abus de drogues illicites était neuf fois plus élevé que chez les autres adolescents dans la communauté¹². L'influence de la consommation de substances se fait également sentir chez ceux qui ont fait une tentative de suicide. Par exemple, les adolescents qui ont été admis aux urgences après une tentative de suicide et qui ont déclaré une consommation de substances avaient trois fois plus de chances de faire une nouvelle tentative que ceux qui n'ont rien consommé¹³. En outre, dans certaines études, les troubles liés à l'alcool ou à une autre substance s'élevaient jusqu'à 50 % chez les adolescents ayant essayé de s'enlever la vie¹². Ces données prouvent que mettre en place des



moyens de prévenir le suicide chez les personnes atteintes d'un trouble de consommation de substances est d'une importance cruciale pour tenter de régler le problème de santé publique que représente le suicide.

La désinhibition causée par certaines substances, dont l'alcool, peut faciliter l'idéation suicidaire et augmenter le risque qu'une personne passe aux actes après avoir eu des pensées suicidaires¹⁴. En outre, l'alcool est souvent un facteur lors de tentatives de suicide mortelles¹⁵. Près de la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moment de leur tentative^{16,17}. Par contre, le lien entre le suicide et d'autres substances populaires, comme le cannabis, est moins évident. Cependant, une étude longitudinale auprès de 1 265 jeunes âgés de 14 à 21 ans a montré qu'une consommation régulière de cannabis était liée à un risque accru de développer un comportement suicidaire¹⁸. De plus, une étude longitudinale de 13 ans chez plus de 2 000 jeunes adultes a révélé un lien important entre la consommation de cannabis à l'âge de 21 ans et l'idéation suicidaire et des tentatives de suicide au moment de l'évaluation, soit à l'âge de 27 ans. Ce lien était observable malgré le contrôle de nombreux facteurs de confusion. Plus précisément, les jeunes adultes qui ont déclaré avoir consommé du cannabis onze fois ou plus durant l'année de leurs 21 ans avaient environ trois fois plus de chances de déclarer une idéation suicidaire et un attentat antérieur à l'âge de 27 ans¹⁹. Chez les jeunes hommes, une consommation importante de cannabis (plus de 50 fois) était associée à un risque de suicide quatre fois plus élevé que le reste de la population générale²⁰. Cependant, la pertinence du degré d'association entre le cannabis et le risque de suicide est incertaine. Dans le cadre d'une étude en 1969 et 1970 s'intéressant à une vaste cohorte de près de 50 000 hommes évalués par rapport à leur consommation de cannabis alors qu'ils étaient âgés de 18 à 20 ans n'a pas révélé un risque de suicide accru ultérieur (jusqu'à l'an 2003) une fois les facteurs de confusion pris en considération²¹. Bien que l'automutilation, celle-ci étant définie comme toute blessure infligée à soi-même sans intention suicidaire, ne soit pas le sujet du présent examen, elle est également liée à la consommation de substances. Tout comme la consommation de substances, l'automutilation pourrait servir de stratégie d'adaptation malsaine pour les jeunes^{22,23}. Il est important de noter que la direction et la causalité du lien entre la consommation de substances chez les adolescents et les comportements suicidaires demeurent inconnues.

Comprendre le lien entre la consommation de substances et le suicide

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer le lien entre la consommation de substances et le suicide. D'une part, il est vraisemblable que les personnes qui se sentent déprimées soient plus portées à faire appel à des substances pour passer à une automédication. D'autre part, il est possible que la consommation de substances soit associée à des niveaux élevés de désinhibition, d'impulsivité et d'agression. Ces trois phénomènes seraient ensuite liés à des troubles comportementaux qui pourraient entraîner un risque accru de comportement suicidaire. Par exemple, parfois, la force de la relation entre la consommation de substances et les tendances suicidaires diminue lorsque d'autres comportements à risque sont présents (p. ex. comportement sexuel, vol à l'étalage, jeu de chance, etc.)²⁴. Un troisième facteur (p. ex. facteur génétique, expériences stressantes, etc.) pourrait être à la base des deux comportements. Dans la plupart des cas, une combinaison de plusieurs facteurs est, selon toute vraisemblance, responsable de cette relation²⁵.

Il existe de nombreux secteurs prioritaires de recherches qui pourraient orienter les efforts de prévention. Par exemple, il y a un manque de données portant sur l'influence d'une consommation importante de substances sur le risque de suicide et sur la progression de ce risque pendant la consommation de substances²⁶. En outre, une bonne compréhension des raisons derrière la



consommation de substances avant de passer au suicide est importante, particulièrement en raison de la capacité de ces substances à éliminer les barrières psychologiques (p. ex. la peur), pour ensuite déclencher un comportement suicidaire^{26,27}. La figure 1 illustre certaines progressions possibles qui commencent par une consommation problématique de substances et qui peuvent mener à un risque de suicide chez les adolescents.

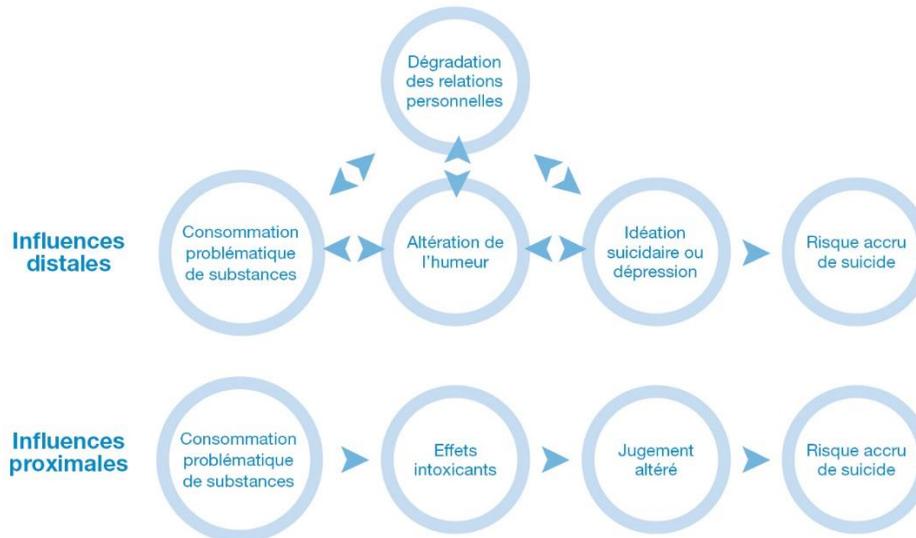


Figure 1. Le diagramme illustre les progressions possibles par lesquelles une consommation problématique de substances pourrait mener à un risque de suicide accru chez les adolescents^{25,28,29}. Ce diagramme indique seulement une petite partie des différentes manières dont la consommation de substances peut augmenter le risque de suicide. Ces relations peuvent être approfondies par d'autres facteurs de risque, comme une consommation précoce de substances, le fait d'être de sexe féminin ou d'appartenir à une population à risque (p. ex. jeunes autochtones, ou jeunes lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres [LGBT]).

Jeunes à risque

Consommation précoce de substances

Ce n'est pas tous les jeunes qui consomment des substances qui risquent de se suicider. Tenir compte des facteurs contextuels et culturels pouvant augmenter les risques de problèmes concomitants de consommation de substances et de suicide pourrait aider à orienter les initiatives de prévention ciblées. Il existe de nouvelles données qui suggèrent qu'une consommation précoce de substances est un facteur pouvant augmenter les risques de suicide. Donc, trouver des façons de retarder ou de prévenir la consommation de substances chez les jeunes pourrait déterminer l'incidence de la consommation sur le suicide. Dans le cadre d'une étude transversale à laquelle ont participé 13 917 élèves du secondaire, une consommation d'alcool précoce était associée à un plus grand nombre d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide⁸. De plus, les tentatives de suicide étaient quatre fois plus communes chez les personnes ayant connu un problème d'abus d'alcool pour la première fois durant leur adolescence que chez les personnes ayant commencé leur consommation plus tard dans leur vie³⁰. Quant aux adultes atteints d'un trouble lié à la consommation d'héroïne, ceux qui avaient essayé de s'enlever la vie avaient tendance à avoir commencé à consommer de la drogue



passablement plus tôt que les personnes atteintes d'un trouble lié à la consommation d'héroïne n'ayant fait aucune tentative de suicide³¹.

Conditions concomitantes

Dans les populations adultes, la présence de troubles concomitants d'ordre affectif et de troubles de consommation de substances chez les personnes s'enlevant la vie a été décrite comme étant la règle et non l'exception³². Une combinaison de trois troubles, par exemple un trouble dépressif, un trouble lié à l'alcool et un trouble lié à la cocaïne, est associée à un risque de suicide particulièrement élevé³³. Pour ce qui est des adolescents, les troubles concomitants d'ordre affectif et de consommation entraînent une grande augmentation de risques de suicide³⁴. Par exemple, dans le cadre d'une comparaison avec les groupes témoins, les adolescents qui s'étaient suicidés avaient 8,5 fois plus de chances d'avoir des antécédents d'abus de substances, tandis que le risque de suicide était 17 fois plus élevé chez les adolescents aux prises avec une consommation de substances et un trouble affectif³⁵. Les fournisseurs de soins de santé doivent surveiller de très près les risques de suicide chez les jeunes faisant face à de tels problèmes.

Sexe

Au Canada, comme dans bon nombre de pays, le suicide est un problème axé sur le sexe. Les hommes se suicident trois fois plus souvent que les femmes, quoique ces dernières tentent de se suicider bien plus souvent³. Cependant, lorsqu'il est question de consommation de substances et de suicide, les femmes pourraient être plus à risque. Une méta-analyse de plusieurs études de cohorte auxquelles ont participé des adultes a constaté que le taux de mortalité dû au suicide des femmes ayant un trouble lié à l'alcool était 17 fois plus élevé que la norme, tandis que celui des hommes était cinq fois supérieur à la norme⁶. Cette vulnérabilité accrue est particulièrement apparente chez les femmes qui consomment plus d'une substance. En effet, les femmes adultes aux prises avec une polyconsommation et des antécédents suicidaires étaient 87 fois plus à risque de se suicider comparativement à la population générale³⁶. De plus, le suicide au moyen de substances était particulièrement commun chez les femmes. Parmi les jeunes ontariens (âgés de 16 à 25 ans), les suicides liés à l'alcool et à la toxicité aiguë des drogues étaient considérablement plus communs chez les femmes³⁷. Au Canada en 2013 et 2014, les jeunes filles représentaient 45 % des hospitalisations pour automutilation volontaire de ce groupe d'âge. En outre, l'augmentation récente d'automutilation de 102 % chez les jeunes filles au cours des années 2009-2014 est largement attribuée à l'empoisonnement volontaire (88 % des cas) au moyen de substances comme des médicaments d'ordonnance, des drogues illicites et de l'alcool, entre autres⁵. En ce qui a trait à la prévention de suicide, ce fait relève un aspect important des interventions, soit la restriction des moyens de passer au suicide. Par exemple, il serait prudent pour les parents de veiller à ce que les drogues ou médicaments d'ordonnance soient bien rangés et surveillés.

Jeunes autochtones et autres groupes minoritaires

La consommation de substances en tant que facteur de risque de suicide chez les jeunes autochtones a été examinée. Par exemple, le taux de suicide des jeunes inuits est l'un des plus élevés au monde³⁸; les femmes passent souvent à une tentative de suicide après avoir consommé de l'alcool, de la cocaïne ou du crack, tandis que les hommes ont plutôt tendance à tenter s'enlever la vie après un événement difficile récent ou après avoir consommé un solvant³⁹. Cependant, le degré d'influence de la consommation de substances sur le suicide chez les jeunes inuits demeure incertain. La mort par le suicide est cinq à six fois plus commune chez les jeunes des Premières nations et onze fois plus



commune chez les jeunes inuits que la moyenne nationale³⁸. Malgré ces taux élevés, une récente revue systématique des stratégies de prévention de suicide pour les jeunes a relevé une lacune concernant les populations des Premières nations, des Inuits et des métis.⁴⁰ En dépit de données de plus en plus nombreuses portant sur le comportement suicidaire relevé dans les cultures minoritaires, il y a peu de renseignements sur les interventions efficaces et sensibles à la culture visant à corriger une consommation problématique de substances dont disposent les groupes minoritaires à risque de suicide élevé⁴¹.

Enfin, il existe d'autres groupes à risque de développer un trouble lié à la consommation de substances. Une méta-analyse évaluant la consommation de substances chez les jeunes lesbiennes, gais et bisexuels (LGB) a constaté qu'en moyenne, les jeunes LGB étaient 190 % plus portés à consommer des substances que les jeunes hétérosexuels. Ces chiffres étaient encore plus élevés dans certaines sous-populations (p. ex. les jeunes bisexuels, 400 %)⁴². Un risque élevé de suicide a été rapporté de façon constante dans les populations de jeunes LGBT⁴³. En outre, un comportement suicidaire plus commun chez les jeunes LGB a été associé à des troubles liés à une consommation de substances⁴⁴, ce qui indique qu'il existe un besoin urgent d'explorer la façon dont la consommation de substances peut contribuer à un comportement suicidaire et le moyen d'établir des stratégies efficaces pour déterminer le lien entre les deux éléments chez ces jeunes.

Approches de prévention et d'intervention

Les données probantes actuelles sur les stratégies de prévention efficaces sont insuffisantes, et il y a toujours d'importantes lacunes dans les connaissances portant sur le moyen de prévenir le suicide chez les jeunes en général, sans compter ceux qui sont atteints de troubles concomitants de consommations de substances. Une récente revue systématique a souligné le nombre peu important d'essais contrôlés randomisés s'intéressant aux programmes de prévention de suicide pour les jeunes. Par ailleurs, la revue a constaté que certains programmes en milieu scolaire, ainsi que des interventions favorisant les rencontres entre les jeunes et des professionnels formés, ont réussi à prévenir des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire. Cependant, les analyses statistiques sur le suicide sont rarement rapportées en raison de leur fréquence peu importante⁴⁴. Ainsi, l'efficacité de ces programmes par rapport au soutien apporté aux jeunes atteints de troubles concomitants de consommation de substances demeure inconnue. Il existe une variété de facteurs de risque et de protection (voir le tableau 1) qui devraient être pris en considération durant la mise au point d'un programme de prévention de suicide pour les jeunes. Il faudrait également retenir le degré d'influence de ces facteurs sur le suicide et la façon dont ils diffèrent selon la personne et le contexte environnemental. En raison des nombreux facteurs ayant une incidence sur le risque de suicide, il faudra se baser sur une approche exhaustive et multidimensionnelle pour mettre au point des méthodes efficaces de prévention du suicide et du comportement suicidaire².

Augmentation de la sensibilisation et de la formation des professionnels de la santé

Pour prévenir le suicide chez les jeunes ayant des troubles concomitants de consommation de substances, les fournisseurs de soins de santé doivent être formés afin de pouvoir reconnaître les signes liés aux risques de suicide et à la consommation de substances et d'y répondre⁴⁵. Une revue systématique a estimé que 45 % des victimes de suicide ont communiqué avec leur fournisseur de soins de santé principal au cours du mois précédant leur mort⁴⁶. Il serait très important de porter main forte aux fournisseurs de soins de santé afin qu'ils comprennent le lien entre le suicide et la consommation de substances, améliorant leur capacité à faire face à cette situation. En effet, les



données suggèrent que les patients adultes dont le risque de suicide est lié à une consommation de substances reçoivent un congé de l'hôpital plus vite que leurs homologues pour qui la consommation de drogues n'est pas un facteur de risque⁴⁷. L'American Academy of Pediatrics a recommandé que les pédiatres et les médecins de famille évaluent les adolescents pour des facteurs de risque de suicide, y compris la consommation de substances⁴⁸. Même si les résultats d'une formation des fournisseurs de soins de santé principaux sur le lien entre la consommation de substances et le suicide n'ont pas été évalués, des essais cliniques randomisés basés sur des données probantes durant lesquels des fournisseurs de soins de santé principaux ont été formés pour traiter la dépression chez les adolescents ont été associés à une diminution de tentatives de suicide. Cette découverte suggère que les fournisseurs de soins de santé principaux pourraient constituer un groupe cible important pour les initiatives de prévention à l'avenir⁴⁹.

Compte tenu du risque de suicide accru chez les personnes dont la consommation de substances est problématique, une approche de prévention de suicide serait de veiller à ce que les gens œuvrant dans les services de toxicomanies soient formés adéquatement pour reconnaître et gérer les clients plus à risque de se suicider. Cependant, les recherches sur la formation du personnel de prévention de suicide s'intéressaient principalement aux curriculums des services de santé mentale⁵⁰. En effet, peu d'approches de formation du personnel œuvrant dans le domaine de la prévention de suicide ont été évaluées pour déterminer les pratiques exemplaires.

Le protocole d'amélioration du traitement (TIP) 50 provenant de la U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration procure des lignes directrices pour procurer de l'aide aux intervenants de première ligne, soit les conseillers en toxicomanie, les surveillants et les responsables de programmes, pour faire face au risque de suicide⁵¹. Le TIP 50 n'a pas été évalué en fonction des fournisseurs de services liés aux dépendances œuvrant auprès des jeunes. Or, 273 fournisseurs de traitement se consacrant aux vétérans atteints de troubles liés à la consommation ont fait appel au TIP 50. Cette publication a été associée à une augmentation considérable des connaissances et de l'efficacité personnelle immédiatement après la formation, ainsi qu'à une efficacité personnelle accrue et au développement d'un comportement de gestion du risque de suicide deux mois après la formation⁵².

La formation brève normalisée de gardiens communautaires pour la prévention du suicide, intitulée Questionner, Persuader, Orienter (QPR), a pour objectif d'apprendre à un personnel très varié à reconnaître les personnes à risque et à les diriger vers des services de soutien. Il s'agit d'une formation durant une ou deux heures animée par un instructeur, offrant aux participants l'occasion de parfaire leurs capacités de gardiens en petits groupes en s'appuyant sur des textes normalisés⁵³. La méthode QPR a été mise à l'essai auprès de 50 professionnels du traitement de consommation problématique de substances et a été associée à des réussites importantes et une perception d'efficacité personnelle accrue immédiatement après la formation. Cependant, on ignore si ces réussites ont favorisé une utilisation plus abondante de cette approche dans un contexte professionnel ou si elles ont eu une incidence sur les clients⁵⁴.

D'autres programmes, comme le module Preventing Addiction Related Suicide (PARS) [prévention du suicide lié aux dépendances], ont été créés et mis à l'essai pour faire face à la cooccurrence de la consommation de substances et pour prévenir le suicide. Le PARS est un programme de groupe de prévention de suicide qui comprend deux à trois heures de formation pour les conseillers en toxicomanie, basé sur un cahier d'exercices. Ensuite, les conseillers se servent d'un cahier d'exercices spécial pour mener une discussion de groupe de deux à trois heures avec leurs clients qui participent à leur programme de traitement en clinique externe. Le PARS fournit des renseignements sur les facteurs de risque du suicide, les signes précurseurs du suicide et les liens entre le suicide et les dépendances. Il offre également une marche à suivre pour faire face au risque de suicide, tant chez les autres que chez soi-même. Dans le cadre d'un examen de 78 clients faisant partie d'un



traitement en clinique externe pour éliminer une dépendance, le programme PARS a été associé à une hausse considérable de recherche d'aide lorsque des problèmes liés au suicide sont survenus chez le client ou au sein de sa famille et amis un mois après la formation⁵⁵. Même si cette approche n'a pas été testée auprès d'adolescents, elle pourrait convenir aux jeunes qui séjournent dans un hôpital de jour ou qui suivent un programme de traitement de toxicomanie en établissement. Cependant, malgré le potentiel de tous les programmes de prévention de suicide susmentionnés pour venir en aide aux travailleurs œuvrant dans le domaine de consommation problématique de substances, l'efficacité de ces programmes quant à l'amélioration de la gestion du risque de suicide chez les jeunes demeure inconnue.

Politique

Une autre approche possible pour appuyer la prévention de suicide chez les jeunes serait d'examiner les politiques de réglementation des substances. Par exemple, l'Estonie a mis en œuvre de nombreuses approches pour réduire la consommation d'alcool et les méfaits connexes, sous forme de campagnes médiatiques, de politiques restrictives diminuant la production de l'alcool tout en augmentant les prix, et de traitement amélioré pour les troubles liés à l'alcool. Ces politiques ont mené à une diminution de 40 % des suicides après lesquels un échantillon sanguin a relevé la présence d'alcool, et ce pour tous les groupes d'âge. À la fin de la campagne, le nombre de suicides où de l'alcool avait été détecté a recommencé à augmenter⁵⁶. Une campagne anti-alcool en Russie a fait appel à des stratégies comme l'augmentation des prix de l'alcool, la limitation des heures où cette substance peut être vendue et des punitions plus strictes pour les infractions d'ébriété sur la voie publique. Ces démarches ont mené à une baisse de 33 % des morts violentes, y compris le suicide, au cours de la campagne⁵⁷. Cependant, il n'est pas certain si de tels effets peuvent être généralisés pour convenir à un contexte canadien.

On a examiné l'association entre les politiques sur l'âge légal minimum pour boire de l'alcool et le suicide, en accordant un intérêt particulier aux jeunes. Aux États-Unis, une analyse des lois de l'État entre 1970 et 1990 a indiqué une association prononcée entre l'âge légal minimum pour boire de l'alcool et le suicide chez les jeunes âgés de 18 à 20 ans. Le taux de suicide des États où l'âge légal minimum pour boire de l'alcool était de 18 était 8 % plus élevé que ceux où l'âge minimum était de 21, même lorsque les facteurs de confusion étaient pris en considération⁵⁸. Par ailleurs, une loi passée en Slovaquie en 2003 pour limiter l'accès à l'alcool et établir un âge minimum pour boire de 18 ans a mené à une réduction immédiate et persistante du suicide chez les hommes⁵⁹.

Initiatives communautaires

La postvention est la prestation de services de soutien ou d'interventions pour les personnes qui ont été exposées à un suicide. Elle constitue une composante importante de prévention de suicide chez les jeunes, surtout lorsqu'on tient compte du fait qu'une postvention efficace pourrait diminuer la chance qu'un effet de contagion se développe. L'effet de contagion, dans un contexte suicidaire, est caractérisé par une tentative de suicide suivant le suicide d'une personne connue ou après avoir appris ce décès par l'entremise des médias. Les incidents d'effet de contagion chez les jeunes ont eu lieu à l'échelle nationale et internationale⁶⁰. On pense que ceux-ci surviennent pour de nombreuses raisons, comme l'attention médiatique, les connaissances accrues de la communauté, la proximité avec la personne décédée et les émotions négatives associées à la mort^{61,62}. Une étude canadienne a constaté un risque accru de comportement suicidaire chez les jeunes ayant été exposés à un suicide⁶³. Les jeunes ont tendance à ressentir davantage l'effet de contagion que les adultes. En effet, certains rapports indiquent que les suicides successifs représentent 1 % à 5 % de l'ensemble des suicides chez les adolescents⁶⁴. Après une séquence de onze suicides liés à une consommation



problématique de substances et dix morts par surdose d'opiacés, dont les victimes étaient des jeunes (âgés de 16 à 24 ans) dans une communauté aux États-Unis, une approche exhaustive pour répondre à cette crise a été lancée⁶⁵. Le rapport sur cette initiative est l'un des seuls rapports portant sur une stratégie de prévention communautaire pour répondre à une série de suicides liés à la consommation de substances.

Cette approche a eu lieu à l'échelle de la communauté et a compris l'amélioration des services de soutien, des démarches médiatiques et pédagogiques, ainsi qu'un développement des jeunes. Plus précisément, les stratégies comprenaient la mise au point d'un système de surveillance, la désignation de lits d'hôpitaux pour les personnes en situation de crise, l'accès à des services de gestion de stress post-traumatique pour les personnes œuvrant auprès des jeunes, l'organisation de forums pédagogiques pour enseigner à reconnaître les signes et les symptômes d'une consommation problématique de substances, le déploiement d'efforts pour orienter les personnes ayant des problèmes de consommation de substances vers le soutien nécessaire et la formation des médias afin qu'ils cessent de faire des reportages dramatiques. On ne sait pas à quel point ces facteurs ont diminué le suicide chez les jeunes dans cette communauté, mais au cours des deux années suivant leur mise en œuvre, il n'y a eu qu'un seul suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans. De plus, le taux de blessures auto-infligées est devenu inférieur à la moyenne du reste de l'État, et les congés des hôpitaux suivant une consommation d'opiacés ont commencé à diminuer. Déterminer de quelle façon ces approches pourraient être appliquées à d'autres communautés constituerait un domaine d'intérêt important pour les recherches ultérieures.

La recherche participative communautaire vise à encourager les communautés à participer à toutes les étapes du processus de recherche, et elle a été examinée dans le cadre de la prévention du suicide chez les jeunes autochtones⁶⁶. Les programmes de ce type présentent des stratégies prometteuses, comme une dimension culturelle faisant la promotion de la vie chez les jeunes autochtones. Cette approche peut consister en une diminution des répercussions des facteurs de risque comme la dégradation des valeurs culturelles et des croyances, de la perte de l'identité culturelle et des attitudes stigmatisantes de la part des cultures non autochtones. En outre, elle peut appuyer des facteurs de protection comme le sens de la vie, l'estime de soi et le sentiment d'appartenance⁶⁷. La survie des peuples autochtones en dépit de l'ampleur des outrages qu'ils ont subis aux mains des peuples n'appartenant pas à leur culture est un témoignage de leur résilience et de leur force en tant que peuple distinct profitant d'une culture unique. Certains des programmes mis au point pour les jeunes autochtones ont malheureusement perdu ces qualités de vue, et ont plutôt misé principalement sur le rachat des pertes qu'ont défini les cultures non autochtones⁶⁷.

Une approche de recherche participative communautaire visant à prévenir le suicide et la consommation d'alcool a été mise en œuvre pour les jeunes Yup'ik en Alaska. Le programme ne s'est pas imposé, offrant plutôt aux communautés une trousse d'outils pour l'amélioration des facteurs de protection comme l'efficacité personnelle, les limitations de l'alcool et les facteurs familiaux et communautaires favorables, entre autres. Le programme était associé à la promotion de plusieurs facteurs de protection protégeant à la fois contre l'abus d'alcool et le suicide⁶⁶.

Les approches à succès dans certaines communautés pourraient ne pas convenir ailleurs. C'est pourquoi les approches comme les recherches participatives communautaires sont prometteuses, car elles reconnaissent l'importance des experts dans la communauté et s'appuient sur des modèles de prévention aux éléments culturels pour traiter le problème de la cooccurrence de la consommation de substances et du suicide chez les jeunes autochtones. De plus, appuyer les communautés dans leurs efforts d'évaluation des stratégies de prévention en cours peut être utile pour apprendre à d'autres communautés à appliquer de nouvelles approches. Le taux de suicide



n'est pas le même dans toutes les communautés autochtones, et la compréhension des raisons derrière ces différences pourrait également être utile pour orienter les initiatives de prévention⁶⁸.

Prévention du suicide au moyen de traitements

Après une série de suicides au Nouveau-Brunswick, le gouvernement provincial a confié à plusieurs chercheurs la tâche d'enquêter sur les cas ayant eu lieu sur une période de quatorze mois afin de fournir des recommandations quant à l'amélioration des services et des initiatives de prévention. L'analyse a constaté que 85 % des personnes s'étant enlevé la vie avaient communiqué avec un service de santé mentale ou de toxicomanie au moins une fois au cours de l'année précédant leur mort. Bien que 59 % des victimes de suicide consommaient une substance de façon dangereuse ou avaient des problèmes de dépendance, les services de toxicomanie ont été contactés dans seulement 3 % des cas au cours du mois précédant le suicide, et dans 4 % des cas au cours de l'année précédant le suicide.

Les chercheurs se sont également intéressés aux besoins non satisfaits des victimes de suicide pour relever les lacunes programmatiques et systémiques pour chaque cas de suicide. Ils ont découvert deux lacunes particulièrement pertinentes pour la plupart des cas. D'une part, il y avait un manque de promotion du traitement intégré de santé mentale, de consommation de substances et de comportement suicidaire. D'autre part, la sensibilisation du public quant à ces troubles concomitants devait être améliorée pour encourager les gens à obtenir des soins de santé si les personnes suicidaires ou leurs proches se trouvaient aux prises avec ces problèmes. Aussi, il y avait un manque important de personnel de soins de santé formé pour reconnaître, traiter et orienter les personnes risquant de se suicider. La vérification a mené à des recommandations provinciales visant à combler les besoins non satisfaits et à focaliser les efforts pour diminuer le risque de suicide⁶⁹.

Bien que la consommation de substances et le comportement suicidaire se manifestent souvent de façon simultanée chez les jeunes, ces problèmes sont d'habitude traités séparément. Malheureusement, lorsque les jeunes aux prises avec des troubles concomitants de consommation de substances et de tendances suicidaires sont orientés vers des services de soutien séparés de santé mentale et de toxicomanie, ils ont moins de chances de recevoir le traitement dont ils ont besoin⁷⁰. Les difficultés proviennent du fait qu'il y a un manque de collaboration entre les systèmes de soins de santé mentale et de toxicomanie, et que l'accès à des traitements multiples représente un fardeau pour les personnes cherchant de l'aide⁷¹. Au Canada, le besoin d'une collaboration consolidée entre les services de toxicomanie et de soins de santé mentale a été signalé comme prioritaire pour améliorer le sort des personnes atteintes de troubles concomitants de consommation de substances et de problèmes de santé mentale⁷².

La collaboration entre les services de santé peut avoir de nombreux avantages, y compris une capacité améliorée de venir en aide aux personnes atteintes de troubles concomitants, un accès facilité aux services, des coûts réduits et des résultats favorables⁶⁷. Malheureusement, il y a un manque de recherches portant sur de telles approches collaboratives pour la prestation de soins ou pour l'efficacité des traitements pour les jeunes aux prises avec des troubles concomitants de consommation problématique de substances et de comportement suicidaire.

Pour les adultes, des études ont été effectuées afin d'évaluer l'efficacité du traitement simultané de la consommation problématique de substances et du suicide par l'entremise d'une thérapie comportementale dialectique (TCD). Il s'agit d'une forme de thérapie qui augmente la régulation émotionnelle et cognitive pour modifier certains types de comportements. Dans le cadre d'une étude portant sur les femmes atteintes d'un trouble de la personnalité limite, celles qui ont suivi une TCD comptaient plus de journées sans consommation de substances au moment d'un suivi seize mois



plus tard que les femmes qui suivaient un traitement ordinaire. Cependant, aucune différence n'a été notée entre les deux groupes en ce qui a trait à l'automutilation⁷³. Une autre étude a évalué une TCD à laquelle participaient 101 adultes. Au moment d'un suivi après 24 mois de traitement, les adultes qui avaient suivi une TCD ont montré un taux d'abstinence plus élevé et moins de tentatives de suicide que leurs homologues qui recevaient un traitement comportemental communautaire⁷⁴. Une analyse des preuves portant sur les populations adolescentes suivant une TCD et sur l'efficacité de cette dernière quant à la prévention du suicide suggère que ce type de thérapie pourrait également être efficace pour le traitement de problèmes concomitants de comportements suicidaires et de consommation de substances. Or, plus de recherches sont requises, car les études existantes pour ce groupe d'âge n'ont pas ciblé les deux comportements de façon simultanée²².

Bien que les interventions auprès des jeunes fassent l'objet de peu d'études, on a réalisé un essai pilote s'intéressant aux adolescents aux prises avec des troubles concomitants de consommation d'alcool et de tendances suicidaires. Six adolescents et leur famille étaient à l'étude. Le traitement consistait en un protocole de thérapie cognitivo-comportementale intégrée (I-TCC), lequel comprenait des techniques pour limiter les pensées et les comportements mal adaptés sous-jacents au comportement suicidaire tout comme à la consommation de substances. Il comportait également des entrevues motivationnelles pour favoriser la préparation au traitement d'une consommation problématique de substances, ainsi que des séances de thérapie familiale. Tous les adolescents de l'étude ont déclaré avoir diminué leur consommation d'alcool et leur idéation suicidaire. Cependant, il y a eu deux tentatives de suicide pendant le protocole, qui ont toutefois été suivies d'une amélioration⁷⁵. Un protocole semblable, mais plus approfondi a été utilisé dans le cadre d'essais cliniques randomisés portant sur 40 adolescents âgés de 13 à 17 ans ayant un trouble concomitant de consommation d'alcool ou de cannabis et de tendances suicidaires. Ce protocole I-TCC comportait un plus grand nombre de séances en famille et de séances en tête à tête avec les parents pour favoriser certaines compétences comme la communication, la surveillance et la régulation des émotions. Comparativement au traitement ordinaire, cette thérapie a mené à un nombre diminué de jours de consommation d'alcool ou de cannabis et un nombre inférieur de problèmes liés au cannabis. De plus, les adolescents ayant reçu la I-TCC ont fait moins de tentatives de suicide et moins de visites à l'urgence, ont été hospitalisés à l'hôpital psychiatrique moins souvent et ont été arrêtés moins souvent que leurs homologues participant au traitement normal⁷⁰. Bien que ce protocole ait exigé des ressources importantes, il a été associé à une diminution de recours aux services. Les troubles concomitants sont complexes et difficiles à traiter. Donc, les stratégies efficaces s'intéressant à ces troubles devront donc être complexes et multidimensionnelles pour connaître du succès.

Répercussions et conclusion

La consommation de substances et le suicide chez les jeunes sont des problèmes complexes qui partagent de nombreux risques et facteurs de protection sous-jacents. Les recherches actuelles sur les méthodes d'intervention et de prévention sont préliminaires; de grandes lacunes existent dans la compréhension du lien entre la consommation de substances et le suicide. Malgré cela, de nouvelles preuves en grand nombre soulignent l'existence de ce lien. C'est pourquoi il faudrait songer à examiner les moyens d'augmenter la sensibilisation au lien entre la consommation de substances et le suicide auprès des professionnels de la santé et d'autres professionnels de soutien œuvrant auprès des jeunes. Il faudrait également augmenter leur capacité à faire face à cette situation. Dans la même veine, les découvertes du présent sommaire montrent que certains groupes de jeunes pourraient être particulièrement exposés aux troubles concomitants de consommation de substances et de comportement suicidaire. Ainsi, tout effort pédagogique pour augmenter la



sensibilité chez les personnes travaillant auprès des jeunes devrait tenir compte de ces facteurs de risque. L'amélioration de la collaboration entre les services de santé mentale et de toxicomanie constitue une autre approche prometteuse à laquelle il faudrait accorder une attention particulière, car elle pourrait venir en aide aux jeunes aux prises avec une consommation problématique de substances et des tendances suicidaires. De plus, les planificateurs de programmes de prévention devraient tenir compte du rôle que peut jouer la consommation de substances lorsqu'ils mettent au point un programme visant à reconnaître et à gérer le risque de suicide chez les jeunes. Enfin, bien qu'il y ait un manque de recherches évaluant les programmes de prévention de la cooccurrence de consommation de substances et de suicide, il existe des preuves prometteuses qui suggèrent que, par l'entremise d'une mise en place adéquate et efficace d'un traitement, les résultats cliniques s'attardant à ces problèmes pourront s'améliorer, offrant un soutien de qualité aux jeunes.

Ressources supplémentaires

- Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils
- Toxicomanie au Canada : Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence
- Quand les troubles de santé mentale et d'abus de substances se rencontrent



Références sommaires

- ¹Organisation mondiale de la Santé. *WHO Mortality Database*, Genève, Suisse, 2014.
- ²Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*, Genève, Suisse, 2014.
- ³Statistique Canada. *Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada*, Ottawa (Ont.), 2014, extrait du site Web www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=1020561&retrLang=fra&lang=fra.
- ⁴Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – santé mentale et bien-être*, Ottawa (Ont.), 2002, extrait du site Web www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/5015_Q1_V1-fra.pdf.
- ⁵Institut canadien d'information sur la santé. *Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada*, Ottawa (Ont.), 2014.
- ⁶Wilcox, H.C., K.R. Conner et E.D. Caine. « Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 76, n° Suppl7, 2004, p. S11-S19.
- ⁷Daniel, S.S. et D.B. Goldston. « Interventions for suicidal youth: A review of the literature and developmental considerations », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 39, n° 3, 2009, p. 252-268.
- ⁸Epstein, J.A. et A. Spirito. « Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 39, n° 3, 2009, p. 241-251.
- ⁹Hallfors, D.D., M.W. Waller, C.A. Ford, C.T. Halpern, P.H. Brodish et B. Iritani. « Adolescent Depression and Suicide Risk: Association with Sex and Drug Behavior », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 224-231.
- ¹⁰Kelly, T.M., J.R. Cornelius et D.B. Clark. « Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 73, n° 1, 2004, p. 87-97.
- ¹¹Schneider, B. « Substance use disorders and risk for completed suicide », *Archives of Suicide Research*, vol. 13, n° 4, 2009, p. 303-316.
- ¹²Esposito-Smythers, C. et A. Spirito. « Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 28, n° s1, 2004, p. 77S-88S.
- ¹³Stewart, S.E., I.G. Manion, S. Davidson et P. Cloutier. « Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: Predictors of six-month outcome », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° 5, 2001, p. 580-587.
- ¹⁴Sher, L. « Alcohol consumption and suicide », *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, vol. 99, n° 1, 2006, p. 57-61.
- ¹⁵Brent, D. A., J.A. Perper et C.J. Allman. « Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983 », *JAMA*, vol. 257, n° 24, 1987, p. 3369–3372.
- ¹⁶Groholt, B., Ø. Ekeberg et T. Haldorsen. « Adolescent Suicide Attempters: What Predicts Future Suicidal Acts? », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 6, 2006, p. 638-650.
- ¹⁷Méan, M., N. Camparini Righini, F. Narring, A. Jeannin et P.A. Michaud. « Substance use and suicidal conduct: A study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation », *Acta Paediatrica*, vol. 94, n° 7, 2005, p. 952–959.
- ¹⁸Fergusson, D.M., L.J. Horwood et N. Swain-Campbell. « Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood », *Addiction*, vol. 97, n° 9, 2002, p. 1123-1135.
- ¹⁹Pedersen, W. « Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 118, n° 5, 2008, p. 395-403.
- ²⁰Andreasson, S. et P. Allebeck. « Cannabis and mortality among young men: a longitudinal study of Swedish conscripts », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 18, n° 1, 1990, p. 9–15.
- ²¹Price, C., T. Hemmingsson, G. Lewis, S. Zammit et P. Allebeck. « Cannabis and suicide: Longitudinal study », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 195, n° 6, 2009, p. 492-497.
- ²²Howe-Martin, L.S., A.R. Murrell et C.A. Guarnaccia. « Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 68, n° 7, 2012, p. 809-829.
- ²³Giletta, M., R.H.J. Scholte, R.C.M.E. Engels, S. Ciairano et M.J. Prinstein. « Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States », *Psychiatry Research*, vol. 197, n° 1-2, 2012, p. 66-72.
- ²⁴Afifi, T.O., B.J. Cox et L.Y. Katz. « The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 52, n° 10, 2007, p. 666-674.
- ²⁵Conason, A.H., M.A. Oquendo et L. Sher. « Psychotherapy in the treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior », *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 18, n° 1, 2006, p. 9-14.
- ²⁶Conner, K.R., C.L. Bagge, D.B. Goldston et M.A. Ilgen. « Alcohol and suicidal behavior: What is known and what can be done », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 47, n° 3, Suppl 2, 2014, p. S204-S208.
- ²⁷Hawton, K., J. Fagg et S.P. McKeown. « Alcoholism, alcohol and attempted suicide », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 24, n° 1, 1989, p. 3-9.
- ²⁸Pompili, M., G. Serafini, M. Innamorati, M. Biondi, A. Siracusano, M. Di Giannantonio, P. Girardi. « Substance abuse and suicide risk among adolescents », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 262, n° 6, 2012, p. 469-485.
- ²⁹Goldston, D.B. « Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 76, n° Suppl7, 2004, p. S79-S91.
- ³⁰Buydens-Branchey, L., M.H. Branchey et D. Noumair. « Age of alcoholism onset: I. Relationship to psychopathology », *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, n° 3, 1989, p. 225-230.



- ³¹Kalyoncu, A., H. Mirsal, Ö Pektaş, D. Tan et M. Beyazyürek. « Heroin-dependent patients attempting and not attempting suicide: a comparison ». *Acta Neuropsychiatrica*, vol. 19, n° 5, 2007, p. 297–303.
- ³²Lesage, A.D., R. Boyer, F. Grunberg, C. Vanier, R. Morissette, C. Ménard-Buteau et M. Loyer. « Suicide and mental disorders: A case-control study of young men ». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, 1994, p. 1063-1068.
- ³³Cornelius, J.R., M.E. Thase, I.M. Salloum, M.D. Cornelius, A. Black et J.J. Mann. « Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics ». *Addictive Behaviors*, vol. 23, n° 1, 1998, p. 119-121.
- ³⁴Bukstein, O.G., D.A. Brent, J.A. Perper, G. Moritz, M. Baugher, J. Schweers, ... L. Balach. « Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: A case-control study ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 88, n° 6, 1993, p. 403-408.
- ³⁵Brent, D.A., J.A. Perper, G. Moritz, C. Allman, A. Friend, C. Roth, . . . M. Baugher. « Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, n° 3, 1993, p. 521-529.
- ³⁶Ekeberg, Ø., Ø. Ellingsen et D. Jacobsen. « Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 24, n° 4, 1994, p. 398-405.
- ³⁷Rhodes, A. E., S. Khan, M.H. Boyle, C. Wekerle, D. Goodman, L. Tonmyr, . . . I. Manion. « Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of misclassification ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 103, n° 3, 2012, p. 213–217.
- ³⁸Santé Canada. *Santé des Premières nations et des Inuits : santé mentale et bien-être*. Ottawa (Ont.), 2015, extrait du site Web www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/mental/index-fra.php.
- ³⁹Kirmayer, L.J., L.J. Boothroyd et S. Hodgins. « Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention ». *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 43, n° 8, 1998, p. 816-822.
- ⁴⁰Bennett, K., A.E. Rhodes, S. Duda, A.H. Cheung, K. Manassis, P. Links, ... P. Szatmari. « A youth suicide prevention plan for Canada: A systematic review of reviews ». *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 60, n° 6, 2015, p. 245-257.
- ⁴¹Russell, V. et A. Melvin. « Incorporating multicultural factors related to prevention of adolescent suicide within substance abuse treatment settings ». *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, vol. 2, n° 3, 2013, extrait du site Web www.scitechnol.com/incorporating-multicultural-factors-related-to-prevention-of-adolescent-suicide-within-substance-abuse-treatment-0t34.php?article_id=1395.
- ⁴²Marshal, M.P., M.S. Friedman, R. Stall, K.M. King, J. Miles, M.A. Gold, ... J.Q. Morse. « Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review ». *Addiction*, vol. 103, n° 4, 2008, p. 546-556.
- ⁴³Haas, A.P., M. Eliason, V.M. Mays, R.M. Mathy, S.D. Cochran, A.R. D'Augelli, . . . P.J. Clayton. « Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations ». *Journal of Homosexuality*, vol. 58, n° 1, 2010, p. 10-51.
- ⁴⁴Fergusson, D.M., L.J. Horwood, E.M. Ridder et A.L. Beautrais. « Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults ». *Psychological Medicine*, vol. 35, n° 7, 2005, p. 971-981.
- ⁴⁵Carballo, J.J., M. Clavel, L. Giner et L. Sher. « The role of the pediatrician in preventing suicide in adolescents with alcohol use disorders ». *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 19, n° 1, 2007, p. 61-66.
- ⁴⁶Luoma, J.B., C.E. Martin et J.L. Pearson. « Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence ». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n° 6, 2002, p. 909-916.
- ⁴⁷Ries, R.K., C. Yuodelis-Flores, K.A. Comtois, P. P. Roy-Byrne et J.E. Russo. « Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service: Characteristics and outcomes ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, n° 1, 2008, p. 72-79.
- ⁴⁸Shain, B.N. « Suicide and suicide attempts in adolescents ». *Pediatrics*, vol. 120, n° 3, 2007, p. 669-676.
- ⁴⁹Asarnow, J.R., L.H. Jaycox, N. Duan, A.P. LaBorde, M.M. Rea, P. Murray, ... K.B. Wells. « Effectiveness of a Quality Improvement Intervention for Adolescent Depression in Primary Care Clinics: A Randomized Controlled Trial ». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 293, n° 3, 2005, p. 311-319.
- ⁵⁰Pisani, A.R., W.F. Cross et M.S. Gould. « The assessment and management of suicide risk: State of workshop education ». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 41, n° 3, 2011, p. 255-276.
- ⁵¹Center for Substance Abuse Treatment. *Addressing suicidal thoughts and behaviors in substance abuse treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
- ⁵²Conner, K.R., J. Wood, A.R. Pisani et J. Kemp. « Evaluation of a suicide prevention training curriculum for substance abuse treatment providers based on Treatment Improvement Protocol Number 50 ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 44, n° 1, 2013, p. 13-16.
- ⁵³Cross, W.F., D. Seaburn, D. Gibbs, K. Schmeelk-Cone, A.M. White et E.D. Caine. « Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills ». *The Journal of Primary Prevention*, vol. 32, n° 3-4, 2011, p. 195-211.
- ⁵⁴Matthieu, M.M. et M.A. Hensley. « Gatekeeper training outcomes: Enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programs to prevent suicide in a high risk population ». *Mental Health and Substance Use*, vol. 6, n° 4, 2013, p. 274-286.
- ⁵⁵Voss, W.D., E. Kaufman, S.S. O'Connor, K.A. Comtois, K.R. Conner et R.K. Ries. « Preventing addiction related suicide: A pilot study ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 44, n° 5, 2013, p. 565-569.
- ⁵⁶Värnik, A., K. Kõlves, M. Väli, L.-M. Tooding et D. Wasserman. « Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? ». *Addiction*, vol. 102, n° 2, 2007, p. 251-256.
- ⁵⁷Nemtsov, A. V. « Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s ». *Addiction*, vol. 97, n° 11, 2002, p. 1413–1425.
- ⁵⁸Birkmayer, J. et D. Hemenway. « Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970–1990 ». *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 9, 1999, p. 1365-1368.



- ⁵⁹Pridemore, W.A. et A.J. Snowden. « Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: An interrupted time-series analysis », *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 5, 2009, p. 915-920.
- ⁶⁰Gould, M., P. Jamieson et D. Romer. « Media contagion and suicide among the young », *American Behavioral Scientist*, vol. 46, n° 9, 2003, p. 1269-1284.
- ⁶¹O'Carroll, P.W., A. Crosby, J.A. Mercy, R.K. Lee et T.R. Simon. « Interviewing suicide "decedents": A fourth strategy for risk factor assessment », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, n° Suppl, 2002, p. 3-6.
- ⁶²Pirkis, J.E., P.M. Burgess, C. Francis, R.W. Blood et D.J. Jolley. « The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia », *Social Science and Medicine*, vol. 62, n° 11, 2006, p. 2874-2886.
- ⁶³Swanson, S.A. et I. Colman. « Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 10, 2013, p. 870-877.
- ⁶⁴Mercy, J. A., M.-j. Kresnow, P.W. O'Carroll, R.K. Lee, K.E. Powell, L.B. Potter,... T.L. Bayer. « Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts », *American Journal of Epidemiology*, vol. 154, n° 2, 2001, p. 120-127.
- ⁶⁵Hacker, K., J. Collins, L. Gross-Young, S. Almeida et N. Burke. « Coping with youth suicide and overdose: One community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion », *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 29, n° 2, 2008, p. 86-95.
- ⁶⁶Henry, D., J. Allen, C.C.T. Fok, S. Rasmus et B. Charles. « Patterns of protective factors in an intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska native youth », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 38, n° 5, 2012, p. 476-482.
- ⁶⁷White, J. et N. Jodoin. *Aboriginal youth: a manual of promising suicide prevention strategies*. Calgary (Alta.), Centre for Suicide Prevention, 2004.
- ⁶⁸Chandler, M. J. et C.E. Lalonde. « Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth », *Horizons*, vol. 10, n° 1, 2008, p. 68-72.
- ⁶⁹Lesage, A.D., R. Boyer, F. Grunberg, C. Vanier, R. Morissette, C. Ménard-Buteau et M. Loyer. « Suicide and mental disorders: A case-control study of young men », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, 1994, p. 1063-1068.
- ⁷⁰Esposito-Smythers, C., A. Spirito, C.W. Kahler, J. Hunt et P. Monti. « Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 79, n° 6, 2011, p. 728-739.
- ⁷¹Hawkins, E.H. « A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents », *Annual Review of Psychology*, vol. 60, 2009, p. 197-227.
- ⁷²Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*, Ottawa (Ont.), extrait du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.
- ⁷³Linehan, M.M., H. Schmidt Iii, L.A. Dimeff, J.C. Craft, J. Kanter et K.A. Comtois. « Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence », *The American Journal on Addictions*, vol. 8, n° 4, 1999, p. 279-292.
- ⁷⁴Harned, M.S., A.L. Chapman, E.T. Dexter-Mazza, A. Murray, K.A. Comtois et M.M. Linehan. « Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, n° 6, 2008, p. 1068-1075.
- ⁷⁵Esposito-Smythers, C., A. Spirito, R. Uth et H. LaChance. « Cognitive Behavioral Treatment for Suicidal Alcohol Abusing Adolescents: Development and Pilot Testing », *The American Journal on Addictions*, vol. 15, n° Suppl 1, 2006, p. 126-130.

