

Université de Montréal

**Schizophrénie et dépression : Recours aux services avant et
après une hospitalisation pour tentative de suicide**

par

Danielle Routhier

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade
M.Sc. (Santé Communautaire)

Septembre 2008

© Danielle Routhier, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Schizophrénie et dépression : Recours aux services avant et après une
hospitalisation pour tentative de suicide

présenté par :

Danielle Routhier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Fournier présidente rapporteur

Nicole Leduc directrice de recherche

Alain Lesage co-directeur de recherche

Régis Blais membre du jury

RÉSUMÉ

Contexte

Une tentative de suicide antérieure et les troubles mentaux constituent d'importants facteurs de risque de suicide. Les services de santé ont un rôle important à jouer en matière de prévention.

Objectifs

Analyser les patrons de recours aux services à des fins de santé mentale avant et après une hospitalisation pour tentative de suicide chez les résidents montréalais qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

Méthode

Les données proviennent de la banque médico administrative jumelée de l'Agence de Montréal. Les caractéristiques des patients et les taux de contacts avec les services trois mois avant et après l'hospitalisation index furent comparées. L'échantillon représentatif compte 525 Montréalais hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide (avr. 2003-déc. 2004) qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

Résultats

Le recours aux services a augmenté de manière significative suivant l'hospitalisation index. Les patients déjà en contact avec les services et les hommes avec comorbidité en termes d'abus de substances semblent en contact avec les services au cours des trois mois suivant leur hospitalisation contrairement aux femmes avec comorbidité. Le profil « urgence » de recours aux services semble prédire une absence de recours aux services.

Conclusions

Les services de santé répondent aux tentatives de suicide, particulièrement chez les hommes avec troubles d'abus de substances. Cependant, des interventions sont requises en vue d'améliorer la coordination des services, principalement pour les personnes qui se présentent l'urgence, les femmes avec troubles d'abus de substances et les patients en marge du système avant leur hospitalisation.

Mots-clés

Utilisation des services, santé mentale, comorbidité, abus de substances.

ABSTRACT

Background

Mental health disorders and suicide attempts are important risk factors for suicide. Health care services have an important role to play in preventing these deaths.

Objectives

To analyze patterns of service use for a mental health purpose before and after a hospitalisation following a suicide attempt among Montreal's residents diagnosed with schizophrenia or depression.

Methods

Data was taken from the linked administrative database of the Montreal's Agency. Patient' characteristics and contacts rates with services three months before and after the index hospitalisation were compared. The representative sample includes all 525 patients living in Montreal, who were hospitalised following a suicide attempt (Apr. 2003-Dec. 2004) and who were diagnosed with schizophrenia or depression.

Results

Intensity of care increased significantly after the index hospitalisation. Patients in contact with services before and comorbidity of substance abuse disorder among men predicted a contact with services for a mental health purpose three months after the index hospitalisation contrary to women with comorbidity. Besides, the emergency room profile of service use predicted a lack of service utilisation.

Conclusions

Health services respond to suicide attempts, including in men with substance abuse. However, there is an opportunity for increased aftercare coordination for suicidal individuals, in particular for those presenting at the emergency room, those with no previous contact with services and for women with substance abuse.

Key Words

Service utilisation, mental health, comorbidity, substance abuse.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	X
REMERCIEMENTS	XII
INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE	2
1.1. PROBLÉMATIQUE	2
1.2. OBJECTIF GÉNÉRAL	4
1.3. PERTINENCE DE LA RECHERCHE	4
RECENSION DE LA LITTÉRATURE	5
2. CONDUITES SUICIDAIRES	6
2.1. FACTEURS DE RISQUE.....	8
2.1.1. <i>Troubles mentaux</i>	9
2.1.1.1. Schizophrénie	10
2.1.1.2. Schizophrénie et conduites suicidaires.....	11
2.1.1.3. Dépression	12
2.1.1.4. Dépression et conduites suicidaires	13
2.1.2. <i>Comorbidité</i>	13
2.1.2.1. Abus de substances	14
2.1.2.2. Abus de substances et conduites suicidaires	14
2.1.3. <i>Tentative de suicide antérieure</i>	15
2.2. RECOURS AUX SERVICES	16
2.2.1. <i>Population en général</i>	17
2.2.2. <i>Population suicidaire</i>	21
3. CADRE DE RÉFÉRENCE	27
3.1. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	29
MÉTHODES	34
4. DEVIS ET STRATÉGIES DE RECHERCHE	35
4.1. POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON.....	35
4.2. SOURCE DE DONNÉES	36
4.3. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DE L'ÉCHANTILLON.....	36
4.3.1. <i>Contacts pour fin de santé mentale</i>	37
4.3.2. <i>Hospitalisations pour tentative de suicide</i>	37

4.4.	DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES VARIABLES	39
4.4.1.	<i>Utilisation des services à des fins de santé mentale</i>	39
4.4.2.	<i>Variable dépendante</i>	41
4.4.2.1.	Contact avec les services pour fin de santé mentale après l'hospitalisation index	42
4.4.3.	<i>Comportements de santé pré hospitalisation</i>	42
4.4.3.1.	Contact avec les services à des fins de santé mentale avant l'hospitalisation index	42
4.4.3.2.	Profil de recours aux services à des fins de santé mentale	43
4.4.4.	<i>Facteurs de prédisposition</i>	44
4.4.4.1.	Genre	44
4.4.4.2.	Âge	44
4.4.5.	<i>Facteurs de besoins</i>	44
4.4.5.1.	Diagnostic.....	44
4.4.5.2.	Comorbidité : Abus de substances	47
4.4.5.3.	Moyen utilisé	48
4.5.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	48
4.6.	ANALYSES STATISTIQUES	49
4.6.1.	<i>Profils de recours aux services en fonction du diagnostic (H 1)</i>	50
4.6.2.	<i>Prédiction du recours aux services (H 2)</i>	50
4.6.3.	<i>Augmentation du recours aux services (H3 à H7)</i>	51
	ARTICLE	52
	DISCUSSION	72
5.	RECOURS AUX SERVICES À DES FINS DE SANTÉ MENTALE	73
5.1.	PROFIL DE RECOURS AUX SERVICES AVANT L'HOSPITALISATION INDEX	73
5.2.	FACTEURS DE PRÉDICTION DU RECOURS AUX SERVICES APRÈS L'HOSPITALISATION INDEX	76
5.3.	RECOURS AUX SERVICES APRÈS L'HOSPITALISATION INDEX	82
6.	LIMITES ET PORTÉE DE L'ÉTUDE	88
7.	IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE	91
8.	FUTURES ÉTUDES	95
	BIBLIOGRAPHIE	98
	ANNEXES	108

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Catégorisation des patients selon le profil d'utilisation des services de santé mentale	20
Tableau II : Catégories de diagnostics de trouble mental (CIM-9).....	37
Tableau III : Codes diagnostiques de tentatives de suicide.....	38
Tableau IV : Catégories d'utilisation des services de santé mentale.....	41
Tableau V : Catégories de profil d'utilisation des services de santé mentale.....	43
Tableau VI . Codes diagnostiques de type schizophrénie	46
Tableau VII . Codes diagnostiques de type dépression.....	47
Tableau VIII . Codes diagnostiques de type abus de substances	48
Table IX . Mental health service use profiles over the 12 month-period preceding the index hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, according to schizophrenia and depression disorders	60
Table X . Logistic regression model predicting health care contacts three months after the index hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, who received a diagnosis of schizophrenia or depression (April 2003-December 2004)	61
Table XI . Discrepancy of mental health contacts 3 months before and after a hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, who received a diagnosis of schizophrenia or depression, during a 21 month period (April 2003-December 2004).....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition du diagnostic de consultation le plus fréquent chez les Montréalais	19
Figure 2. Modèle conceptuel de référence.....	28

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Modèle comportemental d'utilisation des services de Andersen.....	109
Annexe 2. Analyse de régression logistique simple.....	110
Annexe 3. Matrice de corrélations.....	111

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Agence de Montréal	Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal
CAI	Commission d'accès à l'information
CIM-9	Classification internationale des maladies, 9 ^e révision
CLSC	Centre local de services communautaires
CMIS	Carrefour montréalais d'information sur la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
ESCC 1.2	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1.2
GIRU	Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
NAM	Numéro d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la santé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

*Aux participants des études que j'ai coordonnées
qui par leurs récits ont inspiré cet ouvrage*

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Nicole Leduc et Alain Lesage, directrice et co-directeur de recherche, pour avoir su m'aider à transformer mon initiative en un projet de recherche accompli. Au terme de ce long, enrichissant et rigoureux processus, je tiens à souligner non seulement leur dévouement mais surtout le fait qu'ils aient su me faire profiter de leur remarquable expérience scientifique dans un climat empreint de souplesse et de compréhension, propice à la communication.

Le soutien financier sous la forme de bourses d'étude décernées par le *Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences* ainsi que le *CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent* fut assurément très apprécié.

Mes remerciements vont aussi au personnel du *Carrefour montréalais d'information sur la santé*, de l'*Agence de Montréal* pour leur accueil, mais surtout à Mike Benigeri pour son précieux soutien à l'opérationnalisation du projet et à Jean-Pierre Bluteau pour l'extraction des données.

Je remercie également le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie* de l'Université du Québec à Montréal pour l'accès aux sources documentaires. Un merci tout particulier à Michel Tousignant pour sa contribution à nourrir mon intérêt déjà marqué pour la recherche et pour m'avoir offert l'opportunité de vivre de riches expériences scientifiques en parallèle à mon projet académique. Un remerciement sincère à Georgia Vrakas pour les révisions des textes en anglais.

Toute ma reconnaissance à ma famille, à mes amours, grands et petits, Mario, Israël, Sandrine et Laurianne pour leur compréhension et leur indéfectible soutien. Mes derniers remerciements vont à Anne, Clément, Nathalie, Luz, Yvonne, Arnaud, André et Serge pour leur enthousiasme inspirant et leurs encouragements au fil de cette expérience.

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

Ce premier chapitre du mémoire de maîtrise introduit le contexte de l'étude en présentant sommairement la problématique, l'objectif général et la pertinence du projet de recherche.

1.1. *Problématique*

Au-delà de la souffrance humaine qu'elles génèrent au sein des populations, les conduites suicidaires constituent une problématique de santé publique préoccupante. En effet, le suicide figure parmi l'une des dix principales causes de décès des pays industrialisés [1, 2], engendrant un nombre démesuré d'années potentielles de vie perdues. Phénomène complexe, il représente un lourd fardeau en termes de morbidité non seulement au plan individuel, familial et de la collectivité mais aussi pour le système de soins puisque ces gestes entraînent fréquemment un recours aux urgences, de nombreuses hospitalisations sans compter les traumatismes physiques, affectifs et mentaux, bref, des coûts énormes pour la société toute entière.

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) estime à un million le nombre de personnes décédées par suicide au sein de la population en général et le nombre de tentatives de suicides serait de 10 à 20 fois plus élevé [1, 2]. Au plan national, les taux de suicide du Québec se situent au second rang suivant les Territoires du Nord-Ouest, alors que Montréal figure au peloton de tête des grandes villes canadiennes [3].

Parmi les principaux facteurs de risque, on note que la majorité des personnes qui s'enlèvent la vie souffrent d'un trouble identifiable de santé mentale dont la dépression, la schizophrénie ou la consommation abusive de substances [1, 2, 4-7]. Chez les personnes qui commettent un geste suicidaire, la dépression est connue comme étant le diagnostic de santé mentale le plus répandu et la consommation abusive de substances est

présente chez les deux tiers des cas. De plus, le suicide représente la principale cause de décès chez les personnes souffrant de schizophrénie [4-6, 8].

En fait, les troubles mentaux constituent en soi une importante problématique de santé publique en raison de leur prévalence élevée et du fardeau qu'ils entraînent. Près de 20 % de la population canadienne souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie, dont 8 % est attribuable à la dépression, 1 % à la schizophrénie et 3 % à la consommation abusive de substances [9, 10].

Ainsi, les conduites suicidaires, tout comme les troubles mentaux, affectent indirectement l'ensemble de la collectivité. En effet, au-delà de la souffrance humaine qu'ils engendrent chez les individus, leurs proches et leurs familles, les troubles mentaux produisent des conséquences importantes, notamment au plan de l'utilisation des ressources médicales et au plan de la perte de productivité. Une nouvelle mesure économique de la maladie mentale fondée sur la population estime à 51 milliards de dollars le fardeau économique de la maladie mentale au Canada, en 2003 [11]. Cette mesure tient compte des répercussions économiques incluant les coûts directs liés à l'utilisation des services de santé financés par l'État et les coûts indirects liés à la perte de productivité attribuable aux incapacités de courte et de longue durée ainsi qu'aux décès prématurés.

Par ailleurs, les personnes hospitalisées suivant une tentative de suicide représentent un groupe particulièrement à risque de récurrence ou de décès par suicide [12, 13]. Leur utilisation des services de santé mentale demeure méconnue et peu de travaux furent réalisés sur une base populationnelle. Dans une perspective de prévention, il s'avère capital de dresser un portrait global de l'utilisation des services de santé mentale des personnes à potentiel suicidaire élevé.

En effet, Santé Canada conclut dans son dernier rapport portant sur les troubles mentaux que les données actuelles offrent un portrait limité à la fois

des comportements suicidaires, des hospitalisations qu'elles engendrent et du traitement des maladies mentales [9].

1.2. Objectif général

L'objectif général de la présente étude est d'analyser les patrons de recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide pour laquelle une hospitalisation est requise chez les résidents montréalais ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

1.3. Pertinence de la recherche

L'avancement des connaissances à cet égard participera à l'amélioration de notre compréhension de la problématique et est susceptible d'intéresser tant les intervenants qui oeuvrent dans le domaine de la santé mentale ou de la prévention du suicide que les décideurs. En outre, les intervenants pourront être sensibilisés aux profils spécifiques d'utilisation des services de cette population. Les résultats de nos travaux pourront également alimenter les réflexions lors de la planification et de l'allocation des ressources dans le domaine de la santé mentale. De plus, en documentant l'utilisation des services de santé mentale entourant une hospitalisation pour tentative de suicide et en identifiant les lacunes à cet égard, on favorisera l'adéquation des services aux besoins de personnes particulièrement vulnérables dans le but de contribuer à prévenir une récurrence ou un décès par suicide.

RECENSION DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre présente les résultats d'une revue de la littérature portant sur les conduites parasuicidaires, soit l'incidence des décès par suicide et la prévalence des tentatives de suicide ou des idéations suicidaires, leurs principaux facteurs de risque ainsi que l'utilisation des services de santé à cet égard.

2. CONDUITES SUICIDAIRES

Le suicide s'avère une problématique de santé publique préoccupante. Il figure au troisième rang des principales causes de décès des pays industrialisés chez les 15 à 44 ans [1, 2]. On estime à un million le nombre de personnes décédées par suicide en l'an 2000 à travers le monde, soit un taux de mortalité de 16 par 100 000 habitants [1].

La prévalence des tentatives de suicide serait de 10 à 20 fois plus élevée que le nombre de décès par suicide [1, 2]. Les personnes qui commettent une tentative de suicide pour laquelle une hospitalisation est requise sont particulièrement à risque de réadmission pour une nouvelle tentative de suicide ou de décès par suicide et ce, particulièrement au cours des deux années suivant leur hospitalisation initiale [13, 14]. Des études épidémiologiques révèlent que de 3 à 5 % de la population en général aurait commis une tentative de suicide et qu'entre 10 et 18 % aurait manifesté des idéations suicidaires au cours de leur vie [15, 16].

Au Canada, les résultats de l'enquête sur la santé de la collectivité canadienne, cycle 1.2 (ESCC, cycle 1.2) montrent que 13,4 % de la population âgée de 15 ans et plus affirme avoir envisagé sérieusement le suicide au cours de sa vie (14,4 % chez les femmes et 12,3 % chez les hommes) [9]. L'enquête montre également que 3,1 % de la population questionnée déclare avoir attenté à ses jours (2,0 % chez les hommes et 4,2 % chez les femmes).

Le Québec continue d'enregistrer un des plus hauts taux de suicide au monde et ce, malgré une légère diminution observée depuis l'an 2000 [9, 17]. En effet, au cours de l'année 2006, les taux de suicide étaient estimés à 14,8 par 100 000 habitants au Québec (23,4 chez les hommes et 6,4 chez les femmes) [17]. De plus, Montréal détient le pire bilan parmi les grandes régions urbaines au Canada, avec un taux de suicide excédant de 50 % celui d'Ottawa, Toronto et Vancouver [3].

Dans la plupart des pays industrialisés, les taux de décès par suicide sont beaucoup plus élevés chez les hommes que chez les femmes [18]. En 2003, le taux de mortalité attribuable au suicide était près de quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (18,5 pour 1000 décès chez les hommes contre 5,4 chez les femmes) [19] alors que les femmes seraient hospitalisées des suites d'une tentative de suicide 1,5 fois plus que les hommes [20]. Cependant, lorsqu'il s'agit des tentatives de suicide les plus sévères, on rapporte que la prévalence serait aussi élevée chez les hommes que chez les femmes [4]. Ainsi, lorsque les taux de tentative de suicide et de décès par suicide sont cumulés, les comportements autodestructeurs seraient plus élevés chez les femmes que chez les hommes [19].

Gibb, Beautrais et Fergusson (2005) ont examiné les risques de récurrence et de mortalité au cours d'une période de 10 ans suivant une hospitalisation pour tentative de suicide [14]. L'influence de l'âge, du genre et de la méthode utilisée en relation avec les récurrences et les décès furent examinés pour une série consécutive de 3 690 hospitalisations. En résumé, 28,1 % des cas furent réadmis pour une tentative de suicide alors que 4,6 % d'entre eux sont décédés par suicide au cours des 10 années suivant l'hospitalisation index. Les taux de réadmission étaient plus importants chez les femmes et les personnes âgées de moins de 55 ans et chez ceux qui ont utilisé une méthode moins létale. Quant aux taux de décès par suicide, ils étaient plus élevés chez les hommes, les personnes âgées de plus de 25 ans et chez les personnes ayant utilisé une méthode plus létale.

De plus, les taux de suicide tendent à croître avec l'âge [18]. Selon le rapport de Statistique Canada de 2002, le suicide figure au premier rang des causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans et ce groupe d'âge représente 73 % des admissions pour tentative de suicide dans les hôpitaux [20].

La pendaison et, dans une moindre mesure, l'intoxication médicamenteuse s'avèrent les principaux moyens utilisés dans les cas de décès par suicide [2, 21]. L'intoxication médicamenteuse constitue le principal moyen utilisé dans ceux de tentatives de suicide, représentant jusqu'à 90 % des admissions pour tentative de suicide [2, 4, 22, 23].

La principale source de données permettant de déterminer les taux de décès par suicide sur une base populationnelle provient des certificats de décès. Une légère sous-estimation des statistiques officielles au sein des pays industrialisés est généralement reconnue [18]. Il est également admis que les autopsies psychologiques constituent l'un des meilleurs outils disponibles actuellement pour étudier les facteurs de risque de décès par suicide [18]. Il s'agit d'entrevues semi structurées menées auprès d'au moins un proche de la personne décédée, portant sur une série consécutive de décès par suicide, dans une région géographique donnée (province, pays).

2.1. Facteurs de risque

Nombre de personnes qui posent un geste suicidaire peuvent souffrir d'un trouble mental chronique ou d'un problème de santé physique qui devient intolérable. Pour d'autres, le suicide s'avère l'aboutissement d'une crise majeure liée à une rupture de relation ou encore à des difficultés financières qui s'inscrivent dans un contexte de vulnérabilité personnelle [24]. Pour certains, le suicide apparaît comme une porte de secours d'une période de tumulte devenue insoutenable. Le phénomène des conduites suicidaires s'avère somme toute, un phénomène complexe et multidimensionnel. Il est

associé à un ensemble de facteurs indépendants et dont les modes d'interactions possibles demeurent méconnus et varient d'une personne à une autre. Ainsi, un large spectre de facteurs psychologiques, psychiatriques, génétiques, démographiques, familiaux, sociaux et environnementaux est en cause. Bien que les conduites suicidaires se manifestent dans toutes les couches de la société, les groupes marginalisés tels que les personnes sans emploi ou vivant dans la pauvreté, les personnes isolées, celles qui souffrent de troubles mentaux, les minorités et les réfugiés y sont particulièrement exposés [1]. Néanmoins, la présence de facteurs de protection peut contribuer à réduire le risque de suicide. On estime que le bien-être affectif, l'intégration sociale, l'accès à un réseau social, les relations familiales et amicales positives, une hygiène de vie équilibrée, l'accès à des ressources et à des soins de santé constituent des facteurs de protection importants [1].

Néanmoins, un consensus clair est établi au sein de la communauté scientifique à l'effet que les troubles mentaux et une tentative de suicide antérieure représentent deux des plus importants facteurs de risque en association avec les conduites suicidaires [2, 16-18]. Les prochaines sections présentent de manière plus détaillée l'avancement des connaissances à cet égard.

2.1.1. Troubles mentaux

Une interaction complexe entre les facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et d'environnement provoque les troubles mentaux. Tel que mentionné en introduction, on estime qu'environ 20 % de la population canadienne souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie, dont 8 % est attribuable à la dépression, 1 % à la schizophrénie et 3 % à la consommation abusive de substances [9, 10]. Ainsi, les troubles mentaux constituent en soi un problème de santé publique important en raison de leur forte prévalence, de leur lourd fardeau et du risque suicidaire associé.

L'association entre les comportements suicidaires et les troubles mentaux est bien établie. Près de 90 % des personnes décédées par suicide ont un trouble identifiable de santé mentale dont la dépression, la schizophrénie ou un trouble d'abus de substances [4, 7, 25-30]. De plus, on estime que les taux de suicide au sein de ces sous-groupes seraient 18 fois plus élevés comparativement à la population en général [31].

Une réexamination de revues de littérature publiée par Bostwick et Pankratz en 2000, montre que le risque de décès par suicide serait particulièrement élevé au moment où un diagnostic de trouble mental vient d'être posé et peu de temps suivant une hospitalisation pour fin de santé mentale [27]. L'analyse de nombreux travaux de recherche a permis aux auteurs de présenter une hiérarchisation du risque suicidaire. Ils révèlent que les personnes récemment hospitalisées pour une tentative de suicide ou pour des idéations suicidaires représentent le groupe le plus à risque de décès par suicide. Les personnes récemment hospitalisées pour un motif de santé mentale représente le second groupe le plus à risque. Le troisième groupe le plus à risque est constitué des patients suivis en clinique externe.

Les sections suivantes présentent les définitions sommaires des troubles mentaux à l'étude ainsi que leurs prévalences respectives en association aux conduites suicidaires.

2.1.1.1. Schizophrénie

La schizophrénie représente l'un des troubles mentaux les plus sévères. Parmi les symptômes les plus communs figurent la pensée désorganisée, les idées délirantes, les hallucinations, le retrait social, l'absence de motivation ainsi qu'une diminution de l'autocritique. Les symptômes de la maladie varient selon les personnes atteintes et le diagnostic est fondé sur l'observation clinique et les antécédents de la personne. On note que les symptômes doivent être présents la plupart du temps durant une période d'au moins un mois et certains signes de perturbation doivent persister durant une

période d'au moins six mois. De plus, le niveau de sévérité des symptômes est suffisamment important pour causer un dysfonctionnement social, scolaire ou professionnel. La maladie a également pour effet que les personnes atteintes accomplissent difficilement les tâches nécessitant une attention soutenue et faisant appel à la mémoire abstraite [32]. Les répercussions de la maladie sont lourdes pour la personne puisqu'elles altèrent de manière importante la capacité de l'individu de fonctionner efficacement à divers égards – soins personnels, relations familiales, logement, vie scolaire, professionnelle, communautaire et sociale [9].

En général, la maladie se développe un peu plus tôt chez les hommes que chez les femmes, le plus souvent entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine, mais les deux groupes en sont également affectés.

2.1.1.2. Schizophrénie et conduites suicidaires

Bien que les résultats puissent varier d'une étude à l'autre, de nombreux travaux démontrent une forte association entre la schizophrénie et les conduites suicidaires. En effet, le suicide constitue la première cause de mortalité des individus souffrant de schizophrénie [25, 33]. La prévalence des décès par suicide pour ce groupe est estimée entre 6-15 % [28]. Cependant, une récente méta analyse menée par Palmer évalue à 4,9 % la prévalence des décès par suicide chez les personnes souffrant de schizophrénie et confirme qu'une proportion importante des décès survient plus particulièrement autour d'un épisode aigu de la maladie [25].

Quoique 50 % à 80 % des tentatives de suicide ne connaissent pas d'issues fatales, une histoire de tentative de suicide est fréquente chez les personnes schizophréniques qui décèdent par suicide. Les taux de prévalence à vie sont estimés entre 40 à 50 % [30, 34, 35]. De plus, 10 à 15 % récidivent et en meurent [35, 36], alors que 11 % en décèdent au cours de la première année suivant l'annonce du diagnostic [37].

On note également que le fait d'être un jeune homme et la présence d'une comorbidité, soit la dépression ou l'abus de substances, accroît considérablement le risque de décès par suicide chez les personnes qui souffrent de schizophrénie [35, 36].

2.1.1.3. Dépression

Le trouble dépressif majeur est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Un épisode se définit en référant à une liste de critères symptomatiques et évolutifs et à des critères d'exclusion. Les deux premiers symptômes sont essentiels : l'humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quotidiennes. Au moins trois des symptômes suivants doivent aussi avoir été présents presque tous les jours pendant une même période de deux semaines et doivent représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur : une perte ou un gain de poids significatif en l'absence de régime ou encore une diminution ou une augmentation de l'appétit; l'insomnie ou l'hypersomnie; l'agitation ou le ralentissement psychomoteur; la fatigue ou la perte d'énergie; le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée; la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision; les pensées de mort récurrentes, les idées suicidaires récurrentes sans plan précis, une tentative de suicide ou un plan précis pour se suicider [38].

Notons que ces symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un deuil ou être imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Les symptômes présents doivent également s'accompagner d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie de l'individu.

Selon les données de l'ESCC 1.2 réalisée par Statistique Canada en 2002, les troubles de l'humeur figurent parmi les troubles mentaux les plus

répandus au sein de la population et les femmes en seraient 1,5 fois plus affectées que les hommes. Le trouble dépressif majeur accompagne souvent d'autres troubles mentaux et il tend à se chroniciser au fil du temps [39]. En effet, la survenue d'un épisode dépressif majeur constitue un solide prédicteur d'épisodes futurs : plus de 50 % des personnes ayant vécu un premier épisode dépressif en connaîtront d'autres dans le futur [9].

2.1.1.4. Dépression et conduites suicidaires

La dépression est reconnue comme étant le trouble mental le plus fréquent en association avec les conduites suicidaires [2, 4, 26, 28]. La prévalence des décès par suicide chez les personnes souffrant de dépression est estimée entre 6 et 15 % [20, 27].

Au cours de l'année précédant l'ESCC 1.2, 4,8 % de la population canadienne aurait souffert de dépression majeure [40]. Près de 4 % aurait rapporté des idéations suicidaires et moins de 1 % rapporte avoir attenté à ses jours. Parmi le groupe qui rapporte avoir eu des idéations suicidaires, 37,2 % aurait souffert de dépression alors que parmi le groupe qui confie avoir commis une tentative de suicide, 56,1 % aurait souffert de dépression. Parmi le groupe dépressif, 6 % rapporte avoir commis une tentative de suicide.

2.1.2. Comorbidité

Les troubles mentaux se manifestent souvent simultanément. Par exemple, l'individu qui souffre de schizophrénie peut souffrir éventuellement d'un épisode de dépression ou encore, tenter d'atténuer certains symptômes par l'alcool ou les drogues menant éventuellement à une consommation abusive. On note que la comorbidité en soi augmente la sévérité de la maladie initiale et qu'elle entraîne par conséquent, un pronostic moins favorable. Les personnes affligées de plus d'un trouble mental présenteraient un risque

accru de comportement suicidaire lorsque comparées aux personnes ne souffrant que d'un seul trouble mental [4].

Par ailleurs, le lien entre les troubles mentaux et l'abus de substances est complexe. Pour certains, la consommation abusive participe à l'émergence de la maladie alors que pour d'autres, le trouble mental contribue à la consommation problématique de substances [9]. Néanmoins, le simple fait de consommer peut nuire au rétablissement d'un individu et l'abus de substances peut occasionner des problèmes pour le traitement d'un autre trouble mental [41, 42].

2.1.2.1. Abus de substances

La consommation de substances réfère à l'emploi de substances psychoactives (alcool, drogue ou médication) ayant pour effet de modifier la manière de penser, de sentir ou d'agir chez un individu. Cette consommation s'inscrit dans un continuum passant de l'usage bénéfique à l'usage problématique et la personne peut demeurer stable ou passer d'un stade à un autre sur ce continuum. Ainsi, l'usage abusif de substances se définit par un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance [9]. La consommation abusive de substances demeure répandue mais il est difficile d'en déterminer la prévalence.

2.1.2.2. Abus de substances et conduites suicidaires

L'association entre l'abus de substances et les conduites suicidaires est largement établie [4, 29, 42, 43]. La prévalence d'un trouble d'abus de substances est évaluée entre 10 et 69 % chez les personnes décédées par suicide [9, 29, 30]. Chez les personnes qui ont commis une tentative de suicide, on estime la prévalence entre 10 % et 73 % [30].

Lorsque que les facteurs de risque se cumulent, la question préoccupe davantage. Un effet d'interaction entre le genre et les troubles d'abus de substances est observé lorsque l'on s'intéresse aux conduites suicidaires. Chez les hommes, un trouble d'abus de substances accroît considérablement le risque de décès par suicide [43].

Seguin et collègues ont mené une étude au Nouveau-Brunswick dans le but de déterminer la prévalence des troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide. Des 109 cas de décès par suicide identifiés par le Bureau de Coroner au cours d'une période de 14 mois (2002-2003), 102 cas furent investigués par le biais d'autopsies psychologiques auprès d'un proche de la personne décédée et par la consultation des dossiers médicaux [29]. On a ainsi déterminé qu'au moment du décès, 65 % des personnes avaient un problème identifiable de dépression, 59 % un trouble d'abus de substances et 42 % présentaient une comorbidité. Il s'agissait le plus souvent d'un trouble dépressif jumelé à un trouble d'abus de substances.

2.1.3. Tentative de suicide antérieure

Au plan théorique, il existe plusieurs définitions de la tentative de suicide [44]. Nous référons à la définition de l'Association américaine de psychiatrie. Dans son guide de pratiques pour l'évaluation et le traitement de patients suicidaires, l'Association définit la tentative de suicide comme une blessure auto infligée dont l'issue n'est pas fatale, accompagnée d'une évidence implicite ou explicite que la personne avait l'intention de mourir [45].

Une tentative de suicide n'entraînant pas de blessure grave est habituellement traitée dans la collectivité. En effet, de nombreuses personnes ne s'adressent pas aux professionnels de la santé suivant un geste suicidaire, elles seront traitées soit par des membres de la famille, des amis ou même par personne. D'autres personnes seront hospitalisées dû aux

conséquences de leur tentative de suicide ou pour leur propre protection. Il est donc difficile d'évaluer l'incidence de l'ensemble des tentatives de suicide.

Une tentative de suicide antérieure est établie comme étant l'un des plus importants facteurs de prédiction d'un décès par suicide [4, 12, 14, 46-50]. Le quart des décès par suicide serait précédé par une tentative de suicide [12]. Une méta analyse conduite par Owens a établi que ce risque est 100 fois plus élevé que celui de la population en général, particulièrement au cours de l'année qui suit la tentative de suicide [12]. Ce risque est d'autant plus élevé lorsque le motif de la dernière hospitalisation est une tentative de suicide (OR=2.87) [36]. En effet, 16 % des individus hospitalisés suivant une tentative de suicide récidivent et près de 2 % en meurent [51]. De plus, les risques de récurrence surviennent principalement immédiatement suivant le congé de l'hôpital [22].

Les auteurs d'une étude prospective menée en Australie portant sur une série de 3 690 hospitalisations pour tentative de suicide survenues sur une période de 10 ans montrent que parmi les personnes hospitalisées, 28,1 % sont réadmisées pour une tentative de suicide alors que 4,6 % d'entre elles récidivent et en meurent.

En Finlande, Suominen et ses collègues montrent que les risques de récurrence et les taux de réadmission seraient plus élevés chez les femmes, chez les personnes de moins de 55 ans et chez celles utilisant une méthode moins létale au moment de la tentative de suicide index [14]. Quant au décès par suicide, les hommes en seraient davantage affectés comparativement aux femmes, les personnes âgées de plus de 25 ans et celles ayant utilisé une méthode plus létale pour commettre leur suicide.

2.2. Recours aux services

Les services de santé mentale ont un rôle important à jouer en matière de prévention du suicide. En effet, l'ampleur de la problématique suicidaire en

association aux troubles mentaux interpelle et soulève un questionnement entourant l'utilisation des services pour les personnes qui en sont affectées. Les prochaines sections dressent d'abord un portrait de l'avancement des connaissances en ce qui a trait à l'utilisation des services au sein de la population en général et ensuite auprès de la population suicidaire.

2.2.1. Population en général

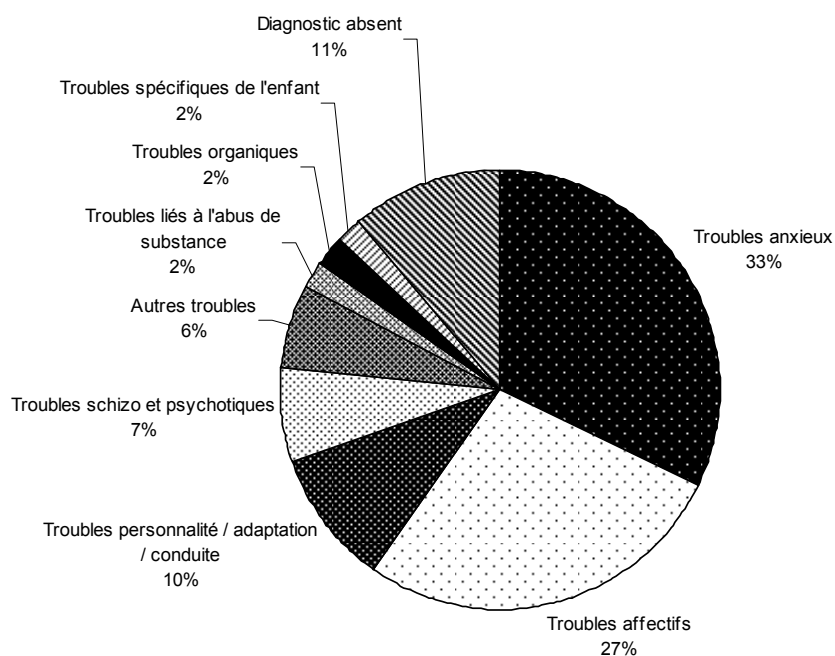
Tel que spécifié plus tôt, la prévalence annuelle des troubles mentaux au sein de la population en général est estimée à 20 % [20]. En 2002, les résultats de l'ESCC 1.2 confirment que la plupart des personnes aux prises avec un trouble mental ne recherche pas d'aide. On établit la prévalence annuelle de l'utilisation des différentes ressources à des fins de santé mentale à 9,5 % [52]. Les services médicaux de première ligne constituent les ressources les plus utilisées (5,4 %), suivis par les services spécialisés (3,5 %) et les autres professionnels : infirmières, travailleur social, conseiller religieux ou autre (4,0 %) alors que 1,8 % de la population canadienne réfère au secteur des réseaux bénévoles. Les auteurs se sont intéressés à la question des soins partagés qu'ils ont définis par le recours aux services à la fois au niveau des services de première ligne et au niveau des services spécialisés ou des autres types de professionnels. Ils rapportent que 31 % des utilisateurs de services pour un motif de santé mentale de l'une ou l'autre de ces ressources, 27 % réfèrent essentiellement aux services médicaux de première ligne, alors que 42 % d'entre eux réfèrent à toute autre ressource que les services médicaux de première ligne.

En 2004-2005, le Carrefour montréalais d'information socio sanitaire (CMIS) de l'Agence de Montréal, a produit un rapport portant sur l'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais. On y indique que 7,7 % de la population - composée de plus de 1,8 millions d'habitants - a sollicité au moins une fois l'une ou l'autre des ressources du réseau de la santé et des services sociaux pour fin de santé mentale [53]. Les trois quarts d'entre eux

sont âgés entre 20 et 64 ans et les femmes sont surreprésentées (62 %). Par ailleurs, les consultations en clinique privée avec un omnipraticien s'avèrent le service le plus utilisé (60 %). Parmi les utilisateurs de services, 10 % ont eu au moins une consultation à l'urgence avec un psychiatre, 14 % ont eu au moins une intervention en CLSC pour un motif de santé mentale, 30 % ont eu au moins un contact avec un psychiatre en clinique externe alors que 5 % ont été hospitalisés avec un diagnostic principal de trouble mental. Fait à noter, les femmes consultent davantage les omnipraticiens et les services des CLSC alors que les hommes se présentent plus souvent à l'urgence, en clinique externe et ils sont plus souvent hospitalisés.

La *Figure 1* qui suit présente les diagnostics les plus fréquents émis chez les Montréalais lors d'une consultation pour fin de santé mentale [53]. On remarque notamment que près du tiers (27 %) des personnes qui ont consulté au moins une fois pour fin de santé mentale ont reçu un diagnostic de trouble affectif alors que 7 % des personnes qui utilisent les services ont reçu un diagnostic de trouble schizophrénique ou psychotique.

Figure 1. Répartition des diagnostics de consultation pour fin de santé mentale les plus fréquents chez les Montréalais



Comme les utilisateurs fréquentent divers services au cours d'une année, le CMIS a créé une typologie permettant de classifier chaque personne dans une catégorie distincte d'utilisateurs selon les niveaux de service utilisés [53]. Cette typologie permet de déterminer le plus haut niveau de services utilisés sur une base annuelle.

Cette catégorisation, dont les niveaux sont mutuellement exclusifs, est définie au Tableau I.

Tableau I : Catégorisation des patients selon le profil d'utilisation des services de santé mentale

Profils	Définitions
Profil 1	Patient ayant eu uniquement des consultations en santé mentale avec un omnipraticien (et avec au moins un diagnostic de trouble mental).
Profil 2	Patient ayant eu des consultations pour fin de santé mentale à l'urgence avec un psychiatre (le patient peut aussi avoir eu des actes du profil 1).
Profil 3	Patient ayant eu des consultations en clinique privée avec un psychiatre (le patient peut aussi avoir eu des actes des profils 1 et 2).
Profil 4	Patient ayant eu des interventions pour un motif de santé mentale en CLSC (le patient peut aussi avoir eu des actes des profils 1, 2 et 3).
Profil 5	Patient ayant eu des consultations en clinique externe avec un psychiatre (le patient peut aussi avoir eu tout autre acte excepté une hospitalisation – Profil 6).
Profil 6	Patient ayant eu une hospitalisation pour un motif de santé mentale (le patient peut aussi avoir eu tout autre acte).

Le rapport du CMIS montre que la moitié des Montréalais (49 %) qui utilisent les services de santé pour fin de santé mentale a uniquement des consultations avec un omnipraticien, 11 % présentent un profil CLSC, 28 % se retrouvent sous un profil clinique externe alors que 5 % des utilisateurs ont un profil d'hospitalisation [53].

Schizophrénie

Le *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* d'Angleterre, a produit des guides des meilleures pratiques concernant divers troubles

mentaux. Selon l'Institut, la schizophrénie constitue un trouble mental grave et persistant qui requiert des soins spécialisés [54]. À Montréal, les utilisateurs de services de santé mentale qui ont reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou de troubles psychotiques consultent majoritairement les psychiatres en clinique externe (69 %) et une proportion importante d'entre eux est hospitalisée (22 %) [53].

Dépression

Toujours en référence au guide Anglais des meilleures pratiques, la dépression représente un trouble mental courant et les personnes qui en souffrent devraient majoritairement être traitées au niveau des services de première ligne [55]. À Montréal, la moitié (50,0 %) des utilisateurs de services de santé mentale qui a reçu un diagnostic de trouble affectif consulte uniquement les omnipraticiens en clinique privée [53].

Bien que des interventions efficaces soient disponibles, une proportion importante des personnes qui présentent un trouble identifiable de dépression ne consulte pas. En effet, c'est ce que révèlent Starkes et collègues qui se sont intéressés aux besoins non comblés en lien avec la dépression dans la région de l'Atlantique, au Canada. Parmi les répondants de leur enquête, 7,3 % ont exprimé avoir vécu un épisode probable de dépression au cours de la dernière année [56]. De ce nombre, seulement 40 % rapportent avoir consulté un médecin généraliste ou un psychiatre en lien avec le problème rapporté. En fait, les auteurs estiment au quart seulement, la proportion d'individu ayant reçu un traitement approprié auprès d'un omnipraticien tel que défini par les guides de pratique.

2.2.2. Population suicidaire

Une proportion importante des personnes décédées par suicide ou qui attendent à leurs jours utilise les services de santé peu avant le passage à l'acte [57]. Une méta analyse menée par Luoma, Martin et Pearson, en 2002,

montre que les trois quarts des personnes décédées par suicide auraient consulté les services de première ligne au cours de l'année précédant le décès, passant à 45 % lorsque l'on considère le mois précédant leur décès [58]. Les auteurs précisent que le recours aux services de santé mentale demeure plus limité. En effet, le tiers des victimes (32 %) aurait été en contact avec les services de santé mentale au cours de l'année précédant leur décès, passant au cinquième (19 %) lorsqu'il s'agit du mois précédant le décès [59, 60]. On estime que les femmes seraient plus enclines à consulter les ressources de santé mentale comparativement aux hommes. Ainsi, au cours de l'année précédant leur décès, 58 % des femmes et 35 % des hommes auraient consulté une ressource de santé mentale. De même, au cours du mois précédant leur décès, 36 % des femmes auraient consulté les services de santé mentale comparativement à 18 % chez les hommes. Les taux de contact avec les services de première ligne seraient plus élevés chez les personnes âgées de plus de 55 ans, alors que les jeunes hommes seraient moins enclins à consulter les services de santé au cours du mois précédant leur décès [57]. L'effet inverse est observé lorsque l'on s'intéresse aux services de santé mentale. Il semble que les jeunes seraient plus nombreux à consulter ce type de ressources comparativement à leurs aînés. Par ailleurs, une revue systématique de la littérature menée par Pirkis et Burgess établit le taux d'hospitalisation au cours de l'année précédant le suicide à 41 % [57].

Au Québec comme ailleurs, le médecin généraliste et les urgences psychiatriques constituent les ressources les plus utilisées durant l'année précédant une tentative de suicide ou un décès par suicide [44, 45, 60]. En effet, l'enquête Santé Québec révèle que 38 % des personnes qui confient avoir commis une tentative de suicide déclarent se présenter à l'urgence au moment où le geste est posé [60]. On estime que les deux tiers ont consulté un médecin généraliste peu de temps avant le passage à l'acte [61] et que la majorité d'entre elles obtient une référence [51]. Malgré ces taux élevés de

consultations et de références, peu d'individus (16 %) semblent engagés dans un suivi régulier au moment où le geste est posé [61].

Sinclair, Gray et Hawton ont réalisé une revue de la littérature concernant la question de l'utilisation des ressources entourant les tentatives de suicide au sein de la population en général [62]. Leurs travaux ont permis de déterminer que 15 % des tentatives de suicide seraient traitées au niveau des services de première ligne. Des patients qui se présentent à l'urgence suivant une tentative de suicide, 45,5 % seraient admis à l'hôpital pour une durée moyenne de 1,8 jour alors que l'admission dans une unité psychiatrique surviendrait dans 9,7 % des cas.

À partir de données médico-administratives, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a examiné la morbidité hospitalière suivant une tentative de suicide au cours de l'exercice 2001-2002 [63]. Ainsi, le Canada a enregistré 23 112 hospitalisations pour tentative de suicide au cours de cette période, soit un taux d'hospitalisation de 7,4 par 10 000 personnes. La durée moyenne de séjour est estimée à 7,3 jours. L'Institut rapporte que la majorité de ces patients sont des femmes, âgées de 36 ans en moyenne. Les hospitalisations pour tentative de suicide atteignent leurs sommets chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (16 %) et chez les hommes de 35 à 39 ans (15 %), alors qu'elles seraient nettement en baisse chez les patients plus âgés. On note que la proportion des hommes hospitalisés serait légèrement plus élevée comparativement aux femmes dans presque tous les groupes d'âge de 20 ans et plus. Santé Canada montre que les personnes âgées entre 15 et 44 ans représentent 73 % des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide [10].

Le rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) portant sur l'évolution des traumatismes entre les années 1991-1999 rapporte la morbidité hospitalière pour tentative de suicide. On constate également que les taux d'hospitalisation sont supérieurs chez les femmes comparativement

aux hommes, principalement chez les plus jeunes (15-19) et les 35-44 ans [21]. Au Québec, le séjour moyen gravite autour de six jours et on note qu'il tend à augmenter avec l'âge. On rapporte qu'entre les années 1997-1999, le taux annuel d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide pour la région de Montréal était de 305 par 100 000 personnes. Il semble que les hommes qui rapportent avoir eu des idéations suicidaires ou avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année soient deux fois moins susceptibles d'avoir recours aux services de santé mentale, comparativement aux femmes [64].

En Finlande, Suominen et ses collègues ont investigué les patrons de recours aux services entourant une série de tentatives de suicide traitées dans les urgences d'Helsinki, au cours de la période des douze mois précédant et suivant la tentative de suicide index (n=1198). Les auteurs se sont intéressés aux personnes souffrant d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble dépressif et présentant ou non, un trouble d'abus de substances. Ils constatent que la vaste majorité des personnes souffrant de schizophrénie ou de dépression a consulté au cours des 30 jours suivant le passage à l'urgence [65]. En effet, la plupart des personnes présentant un trouble psychotique a consulté un service de santé au cours du mois précédant (74 %) et du mois suivant (94 %) la tentative de suicide index, alors que moins de la moitié (41 %) des personnes qui présentaient un diagnostic simple d'abus de substances n'avaient consulté aucune ressource au cours des mêmes périodes. De plus, les auteurs soulignent que la comorbidité (abus de substances) semble réduire le recours aux services, autant chez le groupe des dépressifs que celui souffrant de schizophrénie.

Une autre équipe finlandaise s'est intéressée à l'utilisation des services de santé chez les personnes décédées par suicide qui souffraient de dépression [6]. Trois catégories étaient comparées, les personnes en contact avec les services psychiatriques, celles en contact avec les médecins généralistes et celles qui n'étaient en contact avec aucun service au cours des douze mois

précédant leur décès. Les auteurs n'ont observé aucune différence de genre chez les personnes utilisant les services psychiatriques alors que 77 % de celles en contact avec les services de première ligne ou n'ayant eu recours à aucun service étaient des hommes. De plus, ils indiquent que les victimes seraient davantage enclines à confier leur intention d'attenter à leurs jours dans le groupe en contact avec les services psychiatriques comparativement au groupe en contact avec les services médicaux de première ligne (59 % versus 19 %).

Au Canada, les données de l'ESCC 1.2 montrent que 61,6 % des personnes souffrant de dépression qui ont tenté à leurs jours furent hospitalisées pour fin de santé mentale au cours de la dernière année comparativement à 50,8 % chez les dépressifs non suicidaires et 5,5 % pour le reste de la population en général [40].

En résumé, les personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide commettent les tentatives de suicide les plus létales et représentent un groupe particulièrement à risque de récurrence ou de décès par suicide. Ce risque est d'autant plus accru chez les personnes qui présentent un trouble mental, dont un trouble dépressif ou un trouble schizophrénique, et il se voit exacerbé en présence d'un trouble concomitant d'abus de substances. Un suivi approprié aux besoins de cette clientèle particulièrement vulnérable est susceptible de contribuer à la résolution des difficultés qui l'ont conduite à poser un geste suicidaire. En effet, les services de santé ont un rôle important à jouer en matière de prévention du suicide. Malheureusement, l'avancement des connaissances quant à leur niveau d'implication demeure limité, spécialement lorsqu'il s'agit des services de santé mentale. La littérature actuelle nous offre un aperçu général de la prévalence de l'utilisation des services entourant les conduites suicidaires. En outre, on note que les hommes comparativement aux femmes et les jeunes comparativement à leurs aînés ont recours de manière différente aux différents services disponibles.

Néanmoins, le parcours de recours aux services demeure méconnu et peu d'études sur la question furent menées sur une base populationnelle. Dans une perspective de prévention mieux ciblée, Pirkis et Burgess concluent de leur méta analyse portant sur le recours aux services au sein de la population en général que des travaux sont nécessaires en vue de déterminer les caractéristiques de recours aux services propres aux individus les plus à risque [57].

À la lumière de ces constats, notre étude vise à analyser les patron de recours aux services à des fins de santé mentale avant et après une tentative de suicide pour laquelle une hospitalisation est requise, chez les résidents montréalais qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

La section suivante présente le cadre de référence de l'étude. On y relate sommairement le contexte dans lequel les travaux s'inscrivent, le modèle conceptuel auquel nous nous sommes référés ainsi que les différentes hypothèses de recherche testées.

3. CADRE DE RÉFÉRENCE

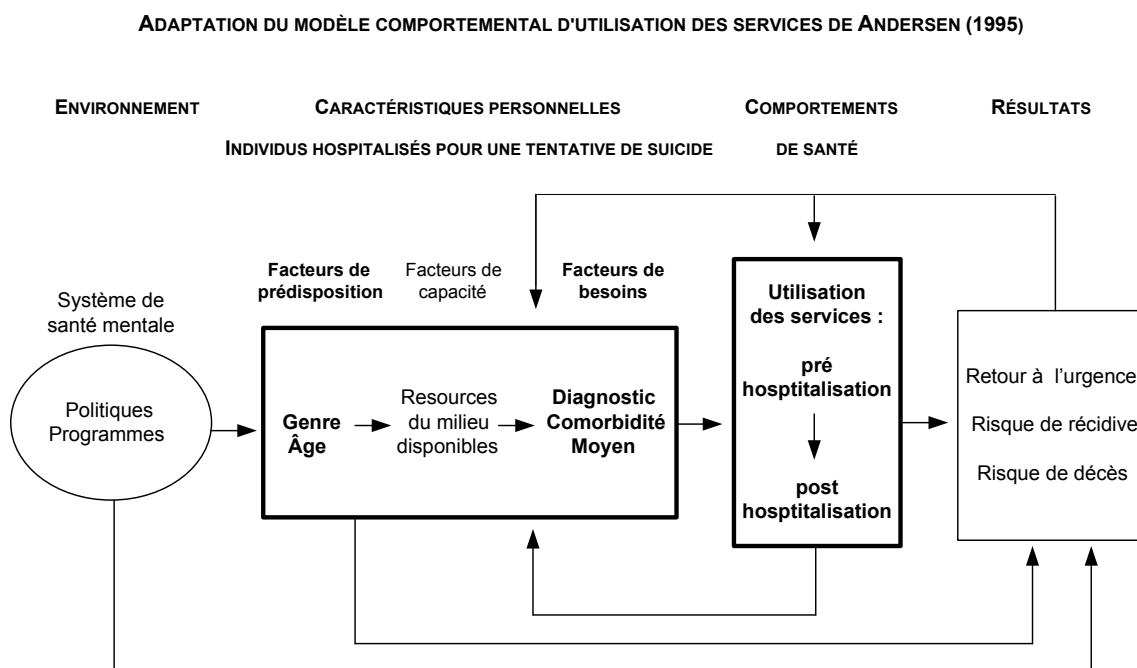
Nombre d'experts estiment qu'un traitement approprié des troubles mentaux constitue une importante stratégie préventive [4, 18, 31, 66]. En effet, une consultation auprès d'un professionnel de la santé avant une tentative de suicide offre l'opportunité de prévenir un comportement suicidaire alors qu'un contact suivant une tentative de suicide offre une opportunité d'intervention. De plus, une source régulière de soins peut contribuer à réduire le risque de récurrence ou de décès par suicide.

Au Québec comme dans plusieurs pays industrialisés, la question du suicide s'inscrit parmi les priorités nationales de santé publique et diverses mesures préventives sont mises de l'avant, notamment, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie* [67]. Cette dernière sert de toile de fond à d'autres mesures. En effet, les tentatives de suicide et les hospitalisations pour fins de santé mentale sont identifiées comme objet de surveillance du *Programme national de santé publique 2003-2012* [66]. Aussi, dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) cible comme objectifs d'assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé [68]. On y cerne également l'importance de miser sur l'avancement des connaissances au plan de l'organisation des services, reconnue comme un important déterminant de la santé.

Par ailleurs, Santé Canada conclut dans son dernier rapport portant sur les troubles mentaux que les données actuelles offrent un profil limité du traitement à la fois des troubles mentaux, des comportements suicidaires et des hospitalisations qu'elles engendrent [10]. On ajoute que ces lacunes l'empêchent d'exercer pleinement son rôle de surveillance dans ce domaine. En ce sens, les champs de recherche ciblés comme étant prioritaires portent

en outre sur l'accès et le recours aux soins de santé mentale et l'impact des troubles mentaux en association avec les conduites suicidaires.

En complément des résultats obtenus par la revue de la littérature, le choix des variables à l'étude est guidé en s'inspirant du *Modèle behavioral d'utilisation des services de santé* de Andersen [69]. Élaboré au cours des années 60, le modèle théorique a largement été utilisé depuis et adapté au fil des ans. Sans procéder à une présentation exhaustive du modèle, rappelons que la dernière version (1995) intègre un caractère dynamique entre les diverses composantes et illustre les multiples influences qui interviennent entre les facteurs environnementaux du système de soins, les caractéristiques personnelles, les comportements de santé et des résultantes en regard du statut de santé [69], (voir annexe I). La Figure 2 représente une adaptation de ce modèle au projet de recherche. Les relations spécifiques entre les composantes en caractère gras du modèle illustré sont à l'étude.



D'abord, le modèle de Andersen permet de situer des éléments de contexte importants dans lequel l'étude de l'utilisation des services est réalisée, notamment, au niveau de l'organisation des services. De même, au plan de l'environnement, le système de santé québécois offre diverses politiques, programmes et services de santé mentale.

Nos intérêts de recherche portent sur les caractéristiques personnelles des individus hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide en relation avec les comportements de santé. Nous sommes particulièrement préoccupés par les facteurs de prédisposition de ces individus ainsi que par les facteurs de besoins qui sont susceptibles d'influencer les comportements de santé pré et post hospitalisation en vue de prévenir en outre, un retour à l'urgence, une récurrence ou un décès par suicide. Les caractéristiques personnelles retenues sont les facteurs de prédisposition du genre et de l'âge et les facteurs de besoins retenus sont le diagnostic (schizophrénie ou dépression), la comorbidité (abus de substance) et le moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide. Nos travaux visent également à examiner l'association entre l'utilisation des services à des fins de santé mentale pré et post hospitalisation.

De manière plus spécifique, les travaux de recherche visent à caractériser l'utilisation des services à des fins de santé mentale pour chacun des groupes diagnostiques à l'étude.

3.1. Hypothèses de recherche

En somme, sept hypothèses de recherche sont testées (H1 à H7). Les deux premières hypothèses (H1 et H2) visent l'ensemble de la population à l'étude. Les deux suivantes (H3 et H4) visent de manière plus précise le groupe diagnostique de schizophrénie alors que les trois dernières hypothèses (H5 à H7) visent le groupe diagnostique de dépression.

Le contexte actuel des diverses transformations au sein du réseau de la santé et des services sociaux marque l'importance de poser un regard sous l'angle des niveaux d'utilisation des services de santé mentale entourant la conduite suicidaire en fonction du type de diagnostic. Au-delà de la pertinence des caractéristiques personnelles en tant que facteurs de besoin, le diagnostic psychiatrique s'avère un choix judicieux comme indicateur des différents niveaux de services utilisés. Il permet de comparer l'utilisation des services en première ligne à l'utilisation des services en milieux spécialisés. En effet, selon les guides de pratiques, la dépression représente un trouble mental courant et on y indique que les personnes qui en souffrent devraient majoritairement être traitées au niveau des services de première ligne [55]. Quant à la schizophrénie, elle représente un trouble mental grave et persistant qui requiert des soins spécialisés [54].

De plus, le profil d'utilisation des services à des fins de santé mentale permet de déterminer le niveau de service utilisé au cours des douze mois précédant une hospitalisation pour tentative de suicide pour l'un et l'autre des groupes diagnostiques à l'étude [53]. La première hypothèse de recherche est ainsi formulée.

H1 : Le profil de recours aux services avant l'hospitalisation index est différent chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie comparativement aux personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression.

Au Québec, il n'existe pas de lignes directrices basées sur des données factuelles visant à déterminer un traitement adéquat entourant les conduites suicidaires dans le but de guider les professionnels de la santé au niveau de leur pratique. Les avis sur la question semblent partagés chez les experts et il n'y a aucune évidence scientifique quant au modèle de services le plus efficient [62]. Il apparaît cependant inévitable qu'au moins un contact pour fin de santé mentale soit observé au cours des trois mois suivant une

hospitalisation pour tentative de suicide, d'autant plus lorsque ces personnes souffrent d'un trouble de dépression ou de schizophrénie.

Tel que soulevé plus tôt, les comportements de santé pré hospitalisation sont susceptibles d'influencer le recours aux services post hospitalisation. Ainsi, la présence d'au moins un contact pour fins de santé mentale avant l'hospitalisation index et le profil d'utilisation des services en regard du niveau de services le plus fréquemment utilisé offrent une indication quant aux comportements de santé pré hospitalisation.

Les facteurs de prédisposition et les facteurs de besoins sont également susceptibles d'influencer le recours aux services à des fins de santé mentale post hospitalisation. La revue de la littérature a permis d'identifier ces différentes caractéristiques personnelles susceptibles d'influencer les comportements de santé chez les personnes suicidaires.

Ainsi, les facteurs de prédisposition retenus sont le genre et l'âge. Les facteurs de besoins à l'étude sont le diagnostic de schizophrénie ou de dépression, la comorbidité en termes d'abus de substances, ainsi que le moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide [43, 57-59, 65]. En effet, en ce qui a trait aux hospitalisations pour tentative de suicide, le moyen le plus fréquemment utilisé est l'intoxication par médication. De même, la seconde hypothèse de recherche se présente comme suit :

H2 : La probabilité de contact pour fin de santé mentale après l'hospitalisation index est associée à la présence de contact pour fin de santé mentale et au profil de recours aux services avant l'hospitalisation index, au genre, à l'âge, au diagnostic de trouble mental ainsi qu'à la comorbidité et au moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide.

Par ailleurs, une tentative de suicide qui requiert une hospitalisation reflète une crise majeure au plan de la santé mentale d'un individu. Bien que les avis

soient partagés chez les experts quant aux types et à l'intensité de services à privilégier, soit les services de première ligne ou les services de santé mentale spécialisés [70-72], on estime qu'une prise en charge soutenue des patients suicidaires devrait être envisagée. De même, une augmentation du recours aux services à des fins de santé mentale devrait être observée suivant l'obtention du congé.

En ce sens, les hypothèses de recherche suivantes visent à tester l'augmentation du recours aux services post hospitalisation comparativement à l'utilisation des services pré hospitalisation et ce, pour chacun des groupes diagnostiques à l'étude. De plus, on vise à tester l'augmentation spécifique du recours aux services en fonction des types de services qui devraient habituellement répondre à chacune des clientèles à l'étude.

En effet, la probabilité de contact avec un psychiatre en clinique externe est élevée pour le groupe schizophrénie. Quant au groupe dépression, on estime qu'il devrait majoritairement être traité au niveau des services de première ligne [53, 55]. Ainsi, la probabilité de contact avec un omnipraticien ou les interventions en CLSC est élevée pour ce sous-groupe.

En comparant l'utilisation des services au cours des trois mois pré et post hospitalisation des personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide, on postule que :

Groupe schizophrénie

H3 : Chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, une augmentation des contacts pour fin de santé mentale est observée suivant l'hospitalisation index, comparativement au recours aux services pré hospitalisation.

H4 : Chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie, une augmentation spécifique des contacts auprès d'un psychiatre en clinique externe est observée suivant l'hospitalisation index, comparativement au recours aux services pré hospitalisation.

Groupe dépression

H5 : Chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression, une augmentation des contacts pour fin de santé mentale est observée suivant l'hospitalisation index, comparativement au recours aux services pré hospitalisation.

H6 : Chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression, une augmentation spécifique des contacts auprès d'un omnipraticien est observée suivant l'hospitalisation index, comparativement au recours aux services pré hospitalisation.

H7 : Chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression, une augmentation spécifique des interventions pour fin de santé mentale au CLSC est observée suivant l'hospitalisation index, comparativement au recours aux services pré hospitalisation.

MÉTHODES

4. DEVIS ET STRATÉGIES DE RECHERCHE

Ce chapitre présente le devis et les différentes stratégies de recherche utilisées. On définit la population et l'échantillon à l'étude, on présente ensuite la source de données, l'opérationnalisation des travaux, les considérations éthiques ainsi que les analyses statistiques utilisées.

L'étude porte sur le recours aux services pour fin de santé mentale, pré et post hospitalisation suivant une tentative de suicide, pour l'ensemble de la population montréalaise ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

4.1. Population à l'étude et échantillon

La population à l'étude est composée des Montréalais âgés de 15 ans et plus, hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide et qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression.

L'échantillon est constitué de l'ensemble de la cohorte des résidents montréalais âgés de 15 ans et plus, hospitalisés suivant une tentative de suicide, entre le 1^{er} avril 2003 et le 31 décembre 2004. Les patients retenus ont reçus au moins une fois un diagnostic de type schizophrénie ou de type dépression au cours de la période à l'étude, soit du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2005. Le diagnostic peut avoir été posé au moment de l'hospitalisation ou à une autre moment au cours de la période à l'étude. Au total, 525 personnes sont ainsi identifiées.

Les patients traités en salle d'urgence des suites d'une tentative de suicide et qui ont reçu leur congé sans être hospitalisés dans une unité de soins ne sont pas considérés dans cette étude.

4.2. Source de données

Les banques de données administratives offrent une opportunité unique de dresser un portrait global de l'utilisation des services à des fins de santé mentale sur une base populationnelle. L'Agence de Montréal a mis en place une banque de données jumelées qui contient les données sur l'utilisation des services de santé, notamment les hospitalisations, les actes médicaux et les interventions en CLSC.

Grâce à un identifiant unique, il est ainsi possible de suivre la trajectoire de soins de chacun des utilisateurs de services au sein des divers établissements du réseau de la santé et des services sociaux et ce, pour l'ensemble des résidents montréalais.

Dans le cadre du présent projet, les données nécessaires à la réalisation de l'étude furent extraites de la banque jumelée de l'Agence à partir de trois banques médico-administratives spécifiques : la banque de données sur les services des médecins rémunérés à l'acte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ-MEDIC), les services hospitaliers (MED-ECHO) ainsi que les interventions en CLSC (I-CLSC). Les données utilisées s'échelonnent sur une période de trois ans, soit les années 2002-2003 à 2004-2005.

4.3. Définition opérationnelle de l'échantillon

À partir des données disponibles, deux étapes sont nécessaires à l'échantillonnage. D'abord, il s'agit d'identifier les personnes qui ont reçu un diagnostic de type dépression ou de type schizophrénie au moment d'une consultation pour fins de santé mentale au cours de la période à l'étude. La deuxième étape consiste à repérer parmi ces individus, les personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide.

4.3.1. Contacts pour fin de santé mentale

Au plan opérationnel, un contact pour fin de santé mentale est défini comme suit : avoir consulté au moins une fois un omnipraticien ou un psychiatre pour fin de santé mentale, à un moment ou à un autre au cours de la période à l'étude, soit du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2005. De ce groupe, seule les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression sont retenues.

L'identification de la population à l'étude est effectuée à partir des codes diagnostiques de troubles mentaux de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) en fonction de la catégorisation élaborée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) [73]. Les codes diagnostiques utilisés sont présentés dans le Tableau II.

Tableau II : Catégories de diagnostics de trouble mental (CIM-9)

Catégories de diagnostics	Codes - CIM-9
Troubles schizophréniques et psychotiques	295.0-295.9, 298.8, 298.9, 297.1-297.3
Troubles affectifs de type dépression	296.0-296.9, 300.4, 311

Ces codes diagnostiques sont repérés soit dans la banque de données des actes médicaux (RAMQ), soit dans le fichier de données portant sur la morbidité hospitalière (MED-ECHO).

4.3.2. Hospitalisations pour tentative de suicide

Une fois cette première étape réalisée, l'identification des personnes hospitalisées suivant une tentative de suicide est effectuée. Au plan

opérationnel, l'hospitalisation pour tentative de suicide se définit comme suit : il s'agit de la première hospitalisation survenue à la suite d'une tentative de suicide au cours de la période index, soit entre la période du 1^{er} avril 2003 et le 31 décembre 2004. Le repérage spécifique de l'hospitalisation pour tentative de suicide est effectué à partir du fichier MED-ECHO. Ce registre comporte essentiellement des données sur les départs des hôpitaux, un départ étant déterminé par le congé ou le décès d'un patient. Ainsi, un patient admis au cours de la période index et qui n'a pas reçu son congé au cours de son hospitalisation ne peut être retenu parmi les cas à l'étude.

Outre l'information démographique et administrative pour chacun des patients hospitalisés, jusqu'à 16 codes diagnostiques et de procédures y sont disponibles. Le registre permet ainsi d'identifier la nature des problèmes médicaux au moment d'une hospitalisation. Tel que présenté au Tableau III, le code diagnostique permet à la fois d'identifier la tentative de suicide elle-même et le moyen spécifique utilisé pour commettre la tentative de suicide.

Tableau III : Codes diagnostiques de tentatives de suicide

Codes diagnostiques	Description du diagnostic
Tentative de suicide	
E950	Par substances solides ou liquides
E951	Par gaz à usage domestique
E952	Par d'autres gaz ou vapeurs
E953	Par pendaison, strangulation et asphyxie
E954	Par submersion (noyade)
E955	Par armes à feu ou explosifs
E956	Par instrument tranchant et perforant
E957	Par saut d'un lieu élevé
E958	Par moyen autre non précisé
E959	Séquelles de tentative de suicide

Par ailleurs, la durée de séjour de l'hospitalisation index a dû être ajustée dans certains cas. En effet, lors d'une hospitalisation suivant une tentative de suicide, la personne est transportée à l'hôpital le plus près du lieu où l'incident s'est produit. Une fois l'état de santé physique stabilisé, s'il y a lieu, la personne sera transférée à l'hôpital de son secteur de résidence. Ainsi, nous reconnaissons comme un seul épisode de soins, les hospitalisations survenues 48 heures avant ou après l'hospitalisation index. Chacun de ces cas est examiné en vue de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle admission pour un nouveau motif. Ainsi, cinq cas sont considérés comme une nouvelle hospitalisation puisque le lieu de transfert au moment du congé est le domicile et que le motif de la nouvelle hospitalisation est une nouvelle tentative de suicide.

4.4. Définitions opérationnelles des variables

Cette section rapporte l'opérationnalisation des différentes variables à l'étude. Les étapes de la construction des variables référant aux comportements de santé sont d'abord indiquées. Une première étape permet de créer la variable dépendante, soit l'utilisation des services au cours des trois mois suivant l'hospitalisation index. On définit ensuite la variable de l'utilisation des services au cours des trois mois avant l'hospitalisation index et celle du profil d'utilisation des services.

Les caractéristiques personnelles sont ensuite présentées, soit les facteurs de prédisposition (le genre, l'âge) et les facteurs de besoins, (le diagnostic, la comorbidité et le moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide).

4.4.1. Utilisation des services à des fins de santé mentale

À partir de banques de données médico-administratives, un contact pour fin de santé mentale être désigné soit par l'acte posé par le médecin, le diagnostic ou encore par la spécialité du médecin [53]. Il est à noter que les données disponibles au fichier RAMQ-MEDIC permettent de documenter les

contacts avec un médecin en fonction du lieu de pratique, soit en clinique externe des hôpitaux, en salle d'urgence d'un hôpital ou en clinique privée.

Le matériel ainsi recueilli permet de documenter le type et l'intensité des services médicaux reçus, le type de dispensateur de soins (omnipraticien ou psychiatre), le nombre d'interventions ou de contacts en fonction de la chronologie ciblée, soit les douze mois et trois mois précédant de même que trois mois suivant l'hospitalisation index.

La construction des différentes variables référant à l'utilisation des services pour des motifs de santé mentale est basée sur les définitions élaborées par le CMIS [53]. Les six variables suivantes sont d'abord extraites pour chacune des périodes temporelles à l'étude (douze mois et trois mois avant ainsi que trois mois après l'hospitalisation index) :

- consultation chez l'omnipraticien en clinique privée
- consultation chez le psychiatre à l'urgence
- intervention pour fins de santé mentale au CLSC
- consultation chez le psychiatre en clinique privée
- consultation chez le psychiatre en clinique externe
- hospitalisation pour fins de santé mentale

De même, nous avons accès au nombre total de consultations chez l'omnipraticien en clinique privée douze mois avant, trois mois avant et trois mois après l'hospitalisation index. Il en est de même pour chacune des six variables portant sur l'utilisation des services.

Le Tableau IV présente l'opérationnalisation de chacune de ces variables. On y présente la source de données utilisées, le type de professionnel, le lieu de pratique concerné ainsi que les différents codes de référence.

Tableau IV : Catégories d'utilisation des services de santé mentale

Variables	Définitions opérationnelles
Consultation en clinique privée avec un omnipraticien	Source de données : banque RAMQ-MEDIC; médecin : omnipraticien; lieu : cabinet privé; code d'acte de santé mentale : 360 à 394
Consultation à l'urgence avec un psychiatre	Source de données : banque RAMQ-MEDIC; médecin : psychiatre; lieu : urgence
Consultation en clinique privée avec un psychiatre	Source de données : banque RAMQ-MEDIC; médecin : psychiatre, lieu : cabinet privé
Intervention en CLSC avec un profil de santé mentale	Source de données : banque I-CLSC; intervention avec profil usager 410 ou 420
Consultation en clinique externe avec un psychiatre	Source de données : banque RAMQ-MEDIC; médecin : psychiatre; lieu : clinique externe
Hospitalisation avec diagnostic principal de trouble mental	Source de données : banque MED-ECHO; code de diagnostic principal CIM9 : 290 à 319.

La variable « intervention en CLSC » permet de relever le nombre d'interventions pour fins de santé mentale au cours d'une période donnée. Le type de professionnel consulté n'y est toutefois pas spécifié. De plus, une personne pourrait consulter un omnipraticien, une infirmière et un travailleur social lors d'une même visite. Ainsi, nous considérons qu'une personne a eu un contact à des fins de santé mentale lorsqu'elle a reçu un ou plusieurs des services cités au cours de la période temporelle sélectionnée.

4.4.2. Variable dépendante

Il n'existe pas de norme actuellement pour définir la trajectoire de soins optimale suivant une conduite parasuicidaire au Québec et la question demeure controversée au sein de la communauté scientifique quant à la nécessité de consulter un psychiatre ou non [70-72]. Devant une clientèle qui

a été hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide et qui a reçu un diagnostic de trouble mental, il apparaît cependant inévitable qu'au moins une consultation soit effectuée au cours des trois mois suivant l'hospitalisation pour les patients souffrant de schizophrénie ou au moins une visite chez un omnipraticien pour les patients ayant un diagnostic de dépression. La variable dépendante à l'étude est définie comme suit.

4.4.2.1. Contact avec les services pour fin de santé mentale après l'hospitalisation index

La variable dépendante du recours aux services à des fins de santé mentale trois mois après l'hospitalisation index se présente sous la forme dichotomique : aucun contact ou au moins un contact. Dans un premier temps, la somme des divers contacts pour fins de santé mentale au cours des trois mois post hospitalisation est calculée. A partir des résultats obtenus, chacun des résidents est classé dans l'une ou l'autre des deux catégories.

La section suivante présente les définitions opérationnelles des comportements de santé pré hospitalisation.

4.4.3. Comportements de santé pré hospitalisation

Les comportements de santé pré hospitalisation retenus réfèrent à l'utilisation des services au cours des trois mois précédant l'hospitalisation index et le profil de recours aux services. Ces variables se définissent comme suit.

4.4.3.1. Contact avec les services à des fins de santé mentale avant l'hospitalisation index

Construite de la même façon que la variable dépendante, la variable du recours aux services à des fins de santé mentale trois mois avant l'hospitalisation index se présente sous la forme dichotomique : aucun contact ou au moins un contact.

4.4.3.2. Profil de recours aux services à des fins de santé mentale

En référence à la typologie élaborée par le CMIS, la variable du profil de recours aux services à des fins de santé mentale est construite selon un algorithme incluant six catégories mutuellement exclusives [53]. Cette variable vise à mieux appréhender les différents niveaux d'utilisation des services par les résidents montréalais au cours des douze mois précédant l'hospitalisation index. De légères adaptations sont toutefois apportées à la définition proposée. En effet, étant donné l'effectif relativement limité de la population à l'étude, nous avons regroupé sous une seule catégorie les patients avec consultations chez un psychiatre en clinique privée ou en clinique externe. De plus, une catégorie supplémentaire permet l'identification des personnes qui n'auraient pas utilisé les services pour fin de santé mentale au cours de l'année précédant l'hospitalisation index. Le Tableau V présente les six catégories de la variable profil d'utilisation des services.

Tableau V : Catégories de profil d'utilisation des services de santé mentale

Profils	Définitions
Profil 1	Aucun contact pour fins de santé mentale.
Profil 2	Patient ayant eu des consultations santé mentale uniquement avec un omnipraticien (et avec au moins un diagnostic de trouble mental).
Profil 3	Patient ayant eu des consultations santé mentale à l'urgence avec un psychiatre (le patient peut aussi avoir eu des actes du profil 1).
Profil 4	Patient ayant eu des interventions santé mentale en CLSC (le patient peut aussi avoir eu des actes des profils 1 et 2).
Profil 5	Patient ayant eu des consultations en clinique privée ou en clinique externe avec un psychiatre (le patient peut aussi avoir eu tout autre acte excepté une hospitalisation – Profil 6).
Profil 6	Patient ayant eu une hospitalisation en santé mentale (le patient peut aussi avoir eu tout autre acte).

La section suivante présente les définitions opérationnelles des caractéristiques personnelles à l'étude dont les facteurs de prédisposition et les facteurs de besoins.

4.4.4. Facteurs de prédisposition

Les facteurs de prédispositions retenus dans le cadre de nos travaux de recherche sont le genre et l'âge.

4.4.4.1. Genre

Le genre est tiré du fichier des hospitalisations (MED-ECHO).

4.4.4.2. Âge

La variable de l'âge de la personne est également tirée du fichier des hospitalisations et correspond à l'âge au moment du congé de l'hospitalisation index. Par souci de ne pas rendre le niveau d'analyse si précis qu'il permette l'identification des individus, cette variable se présente par tranche de cinq années. Nous avons tout de même traité cette variable sous la forme continue, en retenant la valeur milieu de la tranche d'âge. Par exemple : on attribue l'âge de 22 ans à l'ensemble des personnes qui se retrouvent dans cette tranche d'âge de 20 à 24 ans au moment de l'obtention de leur congé.

4.4.5. Facteurs de besoins

Les facteurs de besoins considérés pour fins d'analyses sont le diagnostic, la comorbidité ainsi que le moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide.

4.4.5.1. Diagnostic

La variable du diagnostic psychiatrique se présente sous la forme dichotomique : schizophrénie ou dépression.

Les codes diagnostiques utilisés réfèrent à la neuvième révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-9) et sont repérés soit dans le fichier RAMQ ou dans le fichier MED-ECHO. Les deux catégories de diagnostics se définissent comme suit :

- **Schizophrénie**

Nous privilégions une définition large de la schizophrénie incluant les troubles psychotiques non affectifs. En vue d'alléger le texte, nous utiliserons le terme schizophrénie en référence à l'ensemble des diagnostics inclus dans cette catégorie. Au plan opérationnel, le diagnostic de type schizophrénie est retenu lorsque les critères suivant sont rencontrés : avoir consulté un omnipraticien ou un psychiatre au moins une fois, à un moment ou à un autre au cours de la période à l'étude, soit entre la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2005 et avoir reçu un diagnostic de type schizophrénie soit comme diagnostic primaire ou secondaire. En présence d'un diagnostic de dépression et de schizophrénie, le diagnostic de schizophrénie prime.

Le Tableau VI présente la liste des codes diagnostiques de type schizophrénie.

Tableau VI. Codes diagnostiques de type schizophrénie

Codes diagnostiques	Description du diagnostic
Schizophrénie	
295	Psychose schizophrénique
295.0	Psychose schizophrénique, forme simple
295.1	Psychose schizophrénique, forme hébéphrénique
295.2	Psychose schizophrénique, forme catatonique
295.3	Psychose schizophrénique, forme paranoïde
295.4	Épisode schizophrénique aigu
295.5	Schizophrénie latente
295.6	Schizophrénie résiduelle
295.7	Psychose schizophrénique, forme schizo-affective
295.8	Autre psychose schizophrénique
295.9	Psychose schizophrénique, forme non précisée
297.1	Paranoïa
297.2	État délirant, forme paraphrénie
297.3	Psychose induite
298.8	Psychose réactionnelle autre
298.9	Psychose non précisée

Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2002-2003, ICIS, 2005

- **Dépression**

Nous privilégions une définition large de la dépression. Le diagnostic est établi selon la présence d'au moins un code de dépression comme diagnostic principal ou secondaire, au moins une fois au cours de la période à l'étude. Les individus présentant un diagnostic de schizophrénie comme diagnostic primaire ou secondaire, sont exclus de cette catégorie, tel que spécifié plus haut. Le Tableau VII présente la liste des codes diagnostiques de type dépression retenus. En vue d'alléger le texte, nous utiliserons le terme dépression en référence à l'ensemble des troubles affectifs cités.

Tableau VII. Codes diagnostiques de type dépression

Codes diagnostiques	Description du diagnostic
Dépression	
296.1	Psychose maniaque dépressive, forme dépressive
296.3	Psychose maniaque dépressive, forme circulaire mixte
300.4	Dépression névrotique
311	Trouble dépressif non spécifié

4.4.5.2. Comorbidité : Abus de substances

On définit la comorbidité comme la présence d'un deuxième diagnostic d'abus de substances, au moins une fois à un moment ou à un autre au cours de la période à l'étude. Il s'agit ainsi d'un trouble coexistant par rapport au premier diagnostic retenu, soit celui de schizophrénie ou de dépression.

L'abus de substances est considéré dans une perspective globale des toxicomanies, incluant à la fois les troubles liés à l'alcool, aux drogues ou autres substances. La variable comorbidité se présente sous la forme dichotomique et réfère à la présence ou non d'une comorbidité (deux catégories : oui ou non).

Au plan opérationnel, la variable comorbidité réfère à un individu ayant consulté un omnipraticien ou un psychiatre et reçu un diagnostic de type schizophrénie ou de type dépression au cours de la période à l'étude et qui a également reçu au moins une fois, un diagnostic d'abus de substances au cours de cette même période.

Le Tableau VIII affiche la liste des codes diagnostiques de comorbidité en termes d'abus de substance.

Tableau VIII. Codes diagnostiques de type abus de substances

Codes diagnostiques	Description du diagnostic
Abus de substances	
303.0-303.9	Syndrome de dépendance alcoolique
304.0-304.9	Pharmacodépendance
305.0-305.9	Abus de drogues chez une personne non dépendante

4.4.5.3. Moyen utilisé

Tel que spécifié précédemment, le registre des hospitalisations contient un code diagnostique spécifique identifiant le moyen utilisé par la personne pour commettre la tentative de suicide index (voir le Tableau III). L'intoxication étant le moyen le plus fréquemment utilisé en ce qui a trait aux hospitalisations pour tentative de suicide [63], cette variable se présente sous la forme dichotomique et elle se divise en deux catégories de moyen : intoxication ou autre moyen.

4.5. Considérations éthiques

Le devis proposé ne pose pas de contraintes particulières au plan éthique. La banque jumelée de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal ne comporte aucun nom et ne permet pas l'identification des individus hospitalisés qui ont eu recours aux différents services de santé favorisant ainsi l'anonymat des personnes concernées. Le numéro d'assurance maladie (NAM) est l'information nominative initiale qui permet le jumelage des différentes banques de données. Pour enlever au NAM son caractère nominatif, la RAMQ a procédé à son encryptage lors de la transmission des données suivant le même algorithme d'encryptage. Il est ainsi possible de procéder à des analyses liant les informations des différentes banques de données à partir de la clé de liaison qu'est le NAM encrypté.

La Commission d'accès à l'information (CAI) autorise la communication de différentes banques de données administratives à l'Agence dans le cadre d'une étude visant à mesurer les effets de la réorganisation du réseau sociosanitaire de la région de Montréal. Ces données sont en outre utilisées par le CMIS pour fournir de l'information pertinente aux décideurs des douze CSSS de Montréal dans le cadre du projet « Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de 1^{ière} ligne sur la population montréalaise ». L'autorisation d'accès aux données est assortie de conditions encadrant l'utilisation que peuvent en faire les équipes de recherche notamment en ce qui a trait au respect de la confidentialité des renseignements reçus. De fait, le projet de mémoire s'inscrit dans le contexte pour lequel les données ont été obtenues et dans le respect des conditions d'octroi des données jumelées par la CAI. En effet, l'extraction de données est effectuée par un programmeur informatique de l'équipe de l'Agence. Les données extraites sont consultées et traitées au CMIS. L'anonymat et l'intégrité des données sont ainsi respectés et les analyses réalisées de manière à ne pas rendre le niveau d'analyse si précis qu'il permette l'identification des individus. Finalement, aucune copie de la base de données condensée n'est possible et le fichier sera détruit un an suivant le dépôt du mémoire.

De plus, une évaluation éthique du projet de recherche a été faite par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et le comité a émis un certificat d'éthique.

4.6. Analyses statistiques

Les analyses statistiques sont réalisées à l'aide de la treizième version du logiciel d'analyses statistiques SPSS. Le plan d'analyse visant à répondre à l'objectif général et à tester les différentes hypothèses de recherche est le suivant.

D'abord, des analyses descriptives univariées permettent de décrire les caractéristiques de la population à l'étude et de déterminer la prévalence des contacts avec les services à des fins de santé mentale pour chacune des ressources à l'étude et selon les diverses périodes temporelles : douze mois avant, trois mois avant et trois mois après l'hospitalisation index. Aucune donnée manquante n'est observée pour chacune des variables à l'étude.

Les variables dichotomiques portant sur l'utilisation des services au cours des trois mois précédant et suivant l'hospitalisation pour tentative de suicide index ainsi que la variable du profil d'utilisation des services à des fins de santé mentale sont créées en conformité avec les définitions présentées plus haut.

4.6.1. Profils de recours aux services en fonction du diagnostic (H 1)

Le test du Chi deux de Pearson permet d'examiner l'association entre le profil de recours aux services au cours des douze mois précédant l'hospitalisation index et le diagnostic de trouble mental (schizophrénie ou dépression).

4.6.2. Prédiction du recours aux services (H 2)

Des analyses bivariées sont effectuées à l'aide de la régression logistique en vue d'examiner l'association entre le recours aux services post-hospitalisation et les différents facteurs de prédisposition. Ces derniers sont identifiés à partir de la recension de la littérature et du modèle comportemental. Les variables indépendantes identifiées retenues sont les caractéristiques de l'individu : le diagnostic, le genre, l'âge, la comorbidité et le moyen utilisé. On s'intéresse également à l'utilisation ou non des services à des fins de santé mentale trois mois avant ainsi qu'au profil d'utilisation des services à des fins de santé mentale au cours des douze mois précédant l'hospitalisation. On examine ainsi l'association brute entre chacune des variables indépendantes et la variable dépendante.

Des analyses multivariées sont ensuite menées. Le modèle de régression logistique final visant à prédire l'utilisation des services trois mois après l'hospitalisation index est construit à partir des variables indépendantes identifiées. Les variables sont incluses dans le modèle dans l'ordre suivant : le recours aux services pour fins de santé mentale trois mois avant l'hospitalisation pour tentative de suicide, le profil de recours aux services, le diagnostic, le genre, la comorbidité « abus de substances », l'âge et le moyen utilisé. Tel que suggéré par la revue de la littérature, l'effet de l'interaction entre le genre et la comorbidité « abus de substances » est également testé. La colinéarité entre les différentes variables indépendantes est examinée à l'aide de la matrice de corrélation.

Le nombre de variables incluses au modèle final est limité aux variables qui s'avèrent significatives au plan statistique selon la méthode pas à pas descendant. Ainsi, les variables indépendantes qui ne sont pas significatives au plan statistique seront retirées une à une.

La qualité de l'ajustement du modèle final est testée en référant au test de Hosmer et Lemeshow et à la table de classification du modèle de régression logistique [74].

4.6.3. Augmentation du recours aux services (H3 à H7)

Le test du Chi deux de Pearson permet également de tester l'association entre le recours aux services trois mois avant et trois mois après l'hospitalisation index pour chacun des sous-groupes à l'étude : le groupe schizophrénie (H3 et H4) et le groupe dépression (H5, H6 et H7). Le niveau d'augmentation du recours aux services à des fins de santé mentale est déterminé par l'écart entre les taux de contact avec les services pré et post hospitalisation.

Pour les divers types d'analyses, le seuil de signification statistique est établi à 95 % ($p < 0,05$).

ARTICLE

MENTAL HEALTH CARE CONTACTS BEFORE AND AFTER A SUICIDE ATTEMPT: DIFFERENCES BETWEEN SCHIZOPHRENIA AND DEPRESSION

Routhier Danielle¹, Leduc Nicole², Lesage Alain³, Benigeri Mike⁴

¹M.Sc., Faculty of medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Quebec

²Ph.D., Professor, Faculty of medicine, Department of Health Administration, University of Montreal, Quebec

³MD, MPhil., Professor, Faculty of medicine, Department of Psychiatry, University of Montreal, Quebec

⁴Ph.D., Montreal Agency of Health and Social Services, Quebec

Corresponding author:

Danielle Routhier
Psychosocial Research Division, Perry 3C
Douglas Mental Health University Institute
6875, Lasalle Boulevard
Montreal, Quebec, Canada, H4H 1R3
Tel: 514-761-6131 ext 3461
danielle.routhier@douglas.mcgill.ca

Acknowledgments: D. Routhier was supported by fellowships from the *Fonds de la recherche en santé du Québec* (FRSQ) to the *Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences* (GIRU) and from the *CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Centre affilié universitaire*.

Length of abstract: 250

Length of article: 2500

Number of tables: 3

Conflict of interest: None

ABSTRACT

Background: Mental health disorders and suicide attempts are important risk factors for suicide. Health care services can play an important role in preventing these deaths. We analyzed patterns of service use for a mental health purpose before and after a hospitalisation following a suicide attempt among Montreal's residents diagnosed with schizophrenia or depression.

Methods: Data was extracted from the linked administrative databases of the Montreal's Agency. We compared patients' characteristics and contact rates with services three months before and after the index attempt. Among all 525 suicide attempters, 195 were diagnosed with a schizophrenia disorder and 330 with a depressive disorder.

Results: Specialised outpatient care and ER were the most visited services. Intensity of care increased significantly after the index attempt: depressive group (56.1-76.7%, $p < 0.001$) vs. schizophrenia group (77.4-83.1%, $p = 0.037$). The ER profile of service use predicted lower contacts with services ($OR_{adj.}$ 0.231, $CI_{0.95}$ 0.103-0.519). In contrast, patients in contact with services before the attempt ($OR_{adj.}$ 3.882, $CI_{0.95}$ 2.165-6.959) and comorbidity of substance abuse disorder among men ($OR_{adj.}$ 2.160, $CI_{0.95}$ 1.151-4.041) predicted higher level of service use after the index attempt.

Interpretation: Primary care and specialised services respond to suicide attempts, including in men with substance abuse known to present high risk of suicide. However, patients who had not sought help prior to their hospitalisations were less likely to consult following their attempt. The ER as a main mode of service use did not adequately ensure aftercare. Attention is needed to improve coordination between primary care, specialised and addiction services.

Key words: Mental health, service use, comorbidity, substance abuse.

INTRODUCTION

Worldwide, suicide ranks among the three leading causes of death in those aged 15-44, causing nearly half of violent deaths and resulting in one million fatalities every year, with a ratio of men to women of about 4:1. Suicide attempts are estimated to be twenty times higher than suicide [1, 2].

Deliberate self-harm and mental disorders constitute the most important causes and mediators of suicide [1-5]. The prevalence of mental disorders is evaluated to be 80-100% in cases of completed suicide [4, 6, 7]. The lifetime risk of suicide would be 6-15% for people with depression, 4-10% for people with schizophrenia and 7-15% for those with substance abuse [8-12]. Comorbid disorders are common among the suicidal population [5, 13, 14]. Both suicide and mental health disorders represent important public health issues considering their high prevalence, the substantial burden they inflict on individuals, families, communities and health systems [15]. In fact, close to 20% of the Canadian population will eventually suffer from a mental health disorder, 8% from depression, 1% from schizophrenia and 3% from substance abuse disorders [8, 9].

Health systems can play an important role in preventing these deaths [16-18]. Even if contacts with services are common during the year preceding the death by suicide, few individuals (16%) seem to have been engaged in a follow-up [19]. Nearly 60% of those who do seek help initially contact a general practitioner [19, 20]. A considerable portion of the victims die without having consulted a mental health professional [20]. Coordination between primary care, specialised and addiction services seems poor [13].

Previous studies have shown predisposing characteristics of service use. Schizophrenia disorders generally resort to specialised services [21, 22] and depression disorders usually resort to primary care services [22, 23]. Higher

rates of contact with services have been observed in women compared to men, older adults compared to youth, those using self-poisoning to attempt suicide compared to those using other means [19, 20, 24]. In contrast, substance abuse disorders tend to show lower rates of contacts with services [25-27]. Health Canada states that mental health service access and use and the impact of mental health problems in association with suicidal behaviour are targeted as a research priority [8].

The aim of this study was to analyse patterns of service use for a mental health purpose before and after a hospitalisation following a suicide attempt among Montreal residents diagnosed with schizophrenia or depression. We tested the following hypotheses:

- Profiles of service use during the twelve-month period prior to the index hospitalisation should differ when comparing the schizophrenia and the depressive groups.
- A higher probability of contact with services after the index hospitalisation should be associated with the presence of contact with services before the attempt, diagnosis, substance abuse comorbidity, gender, age and mean of the attempt.
- An increase of contacts with services over the three-month period following the index hospitalisation should be observed compared to the three-month period before the attempt, particularly,
 - in specialised services with psychiatrists in outpatient care for the schizophrenia group and
 - in primary care, with general practitioners (GPs) in private clinics and professionals in Local Community Health Centers (CLSCs) for the depressive group.

METHODS

Study design and data sources

The sampling frame involves Montreal, the second largest Canadian city, with 1.8 million inhabitants. Suicide attempters hospitalised in Montreal are treated in 13 different general hospitals or 4 specialised psychiatric hospitals. Patients who attended an emergency room (ER) and were treated on-site without hospitalisation were not considered in this study.

All 525 residents of Montreal, aged 15 years and over, who were hospitalised following a suicide attempt during the index period (1.04.2003-31.12.2004) and who received a diagnosis of schizophrenia or a depressive spectrum disorder at least once over the study period (1.04.2002-31.03.2005) were identified.

Data was extracted from the linked administrative database of the Montreal Agency of Health and Social Services. Corresponding data from the public sector was previously retrieved from the Quebec physician payment database (RAMQ), the Quebec hospitalisation discharge database (MED-ECHO) and the CLSC interventions database (I-CLSC). The health insurance number was encrypted to ensure confidentiality and to link the information from one database to another. Utilisation of the data for research purposes had been granted to the Agency by the Quebec Data Privacy Commission.

Measures

Mental health contacts three months after the index hospitalisation was the primary outcome investigated, defined by having been in contact with any health or psychosocial resource for a mental health purpose (at least one contact vs. none). The service use profile was defined over the twelve-month period before the index hospitalisation and classified hierarchically into five levels of treatment settings [22]: (1) GPs in private clinics only, (2) ERs,

(3) CLSCs, (4) Psychiatric outpatient care, (5) Psychiatric inpatient care. The highest level of treatment setting could include previous categories and each of them was compared with a no contact category. Other predisposing characteristics were analysed: contact with services for a mental health purpose three months before the index hospitalisation (at least one contact vs. none), clinical diagnosis (schizophrenia vs. depression) and comorbidity of substance abuse (yes vs. no); gender (women vs. men), age and mean of index attempt (self-poisoning vs. other).

Referring to the 9th revision of the International Classification of Disease, clinical diagnoses were classified as follows: schizophrenia disorders (codes: 295.0-295.9, 297.0-297.9, 298.0-298.9), depression disorders (codes: 296.1, 296.3, 300.4, 311.0-311.9) and comorbidity of substance abuse disorders (codes: 291.0-291.9, 292.0-292.9, 303.0-303.9, 304.0-304.9, 305.0-305.9). A hierarchical algorithm was applied to determine diagnosis such that schizophrenia did not preclude depression but depression precluded schizophrenia. We selected cases of suicide attempters using E-codes (self poisoning: E950-E952 vs. other means: E953-E959).

Statistical analysis

Patients' characteristics and mental health contacts' rates before and after the index hospitalisation were compared using X^2 test. A logistic regression was performed in order to predict at least one contact with services three months after the index hospitalisation with predisposing characteristics previously defined.

RESULTS

Characteristics of the study population

Among all 525 suicide attempters in Montreal who had been discharged from a hospital, 330 had received a diagnosis of depression and 195 a diagnosis of

schizophrenia over the study period; 281 were women and 244 men, the mean age being 42.9 years (SD:17.3). More than half of the patients (n=329, 62.7%) had received a comorbid substance use diagnosis at least once over the study period. These characteristics did not differ significantly between the two diagnosis groups. Self-poisoning was more common in the depressive group (n=277, 77.9%) compared to the schizophrenia group (n=130, 66.7%, $p=0.005$). Other more frequently used methods were cutting (n=64, 12.2%), followed by jumping from high places for the schizophrenia group (n=34, 6.5%) and hanging in the depression group (n=14, 2.7%). There was no statistically significant gender difference in the choice of the means used. The average length of stay for the index attempt was 17.4 days (SD: 30.7): 23.3 days (SD: 36.1) for the schizophrenia group and 13.86 days (SD: 26.4) for the depressive group ($p=0.001$).

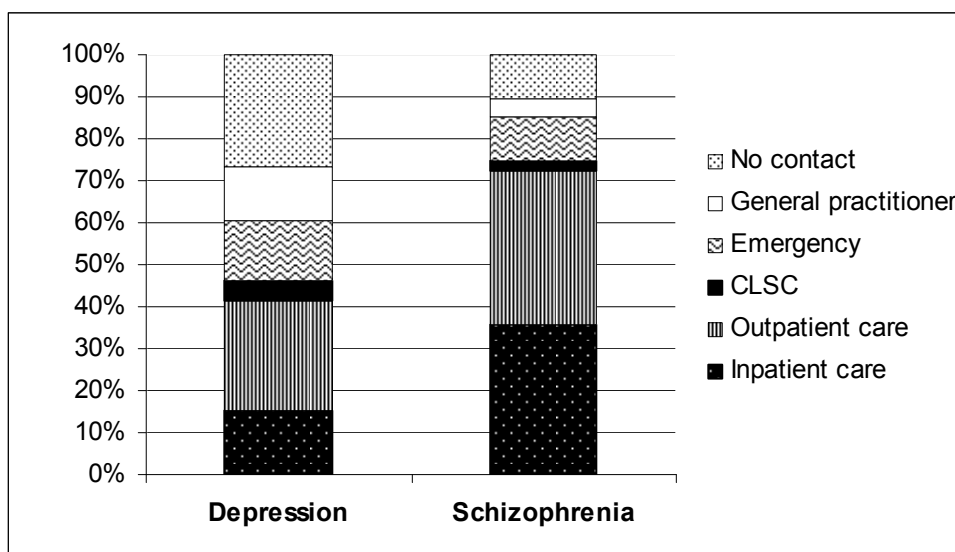
Mental health care contacts

Table IX shows the relationship between diagnosis of schizophrenia and depression and service use profiles indicating that profiles were statistically different within the two groups over the twelve-month period preceding the index hospitalisation. While both groups were mostly in contact with specialised services, the depressive group had lower rates of contact with services than the schizophrenia group.

Factors predicting contacts with services for a mental health purpose three months after the index hospitalisation are shown in **Table IX** indicating that in our sample, the primary diagnosis, age and the mean of the attempt were not associated with aftercare, in contrast with other characteristics identified.

Table XI shows the discrepancy of contacts with services for a mental health purpose three months before and after the index hospitalisation, indicating that aftercare was mainly provided in psychiatric outpatient clinics in both groups, with a marked increase of 20% in the depressive group. Nevertheless, lack of service utilisation was observed in both groups before and after the index hospitalisation.

Table IX. Mental health service use profiles over the 12 month-period preceding the index hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, according to schizophrenia and depression disorders



Depression: n=330, Schizophrenia: n=195; $\chi^2: 57,353, df=6, p < 0.001$

Table X. Logistic regression model predicting health care contacts three months after the index hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, who received a diagnosis of schizophrenia or depression (April 2003-December 2004)

Characteristics	OR	CI (95 %)	P
Mental health contacts 3 months before			
No contact	1		
At least one contact	3.882	2.165-6.959	<0.001
Profile			
No contact	1		
General practitioner only	0.646	0.264-1.579	0.338
Emergency room	0.231	0.103-0.519	<0.001
CLSC	3.682	0.444-30.563	0.227
Outpatient care	0.620	0.303-1.268	0.190
Inpatient care	0.942	0.394-2.252	0.894
Gender			
Men	1		
Women	3.433	1.684-7.000	0.001
Substance abuse			
No	1		
Yes	2.157	1.153-4.036	0.016
Gender x Substance abuse	0.346	0.138-0.868	0.024
Women			
No abuse	1		
Abuse	0.750	0.381-1.471	
Men			
No abuse	1		
Abuse	2.160	1.151-4.041	

Results of goodness of fit of the final logistic regression model: HL test: X^2 : 6.136, $df=8$, $p=.632$; classification table of the logistic regression model: 80.0 %; sensitivity: $15/22 = 68.2$ % and specificity: $408/415 = 98.3$ %

Table XI. Discrepancy of mental health contacts 3 months before and after a hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal aged 15 years and over, who received a diagnosis of schizophrenia or depression, during a 21 month period (April 2003-December 2004)

	Mental health care contacts				Discrepancy	
	3 months Before		3 months After		%	p
	n	%	n	%		
Population (n=525)						
At least 1 contact	336	64.0	415	79.0	15.0	<0.001
Depression (n=330)						
General practitioner	63	19.1	76	23.0	3.9	<0.001
Emergency room	98	29.7	113	34.2	4.5	0.004
CLSC	12	3.6	35	10.6	7.0	<0.001
Outpatient care	86	26.1	150	45.5	19.4	<0.001
Inpatient care	24	7.3	25	7.6	0.3	0.344
At least 1 contact	185	56.1	253	76.7	20.6	<0.001
Schizophrenia (n=295)						
General practitioner	20	10.3	32	16.4	6.1	<0.001
Emergency room	88	45.1	91	46.7	1.6	0.087
CLSC	15	7.7	24	12.3	4.6	<0.001
Outpatient care	93	47.7	117	60.0	12.3	0.001
Inpatient care	26	13.3	35	17.9	4.6	0.464
At least 1 contact	151	77.4	162	83.1	5.7	0.037

INTERPRETATION

Profiles of service use

As hypothesised, profiles of service use for a mental health purpose were different between suicide attempters who received a diagnosis of schizophrenia and those who received a diagnosis of a depressive disorder. Although our study design did not involve any control group, we compared our findings with those obtained by the Montreal Agency which defined similar profiles among the general population [22]. Their results showed that the schizophrenic disorders' group is mainly in contact with specialised services (outpatients: 69.0% and inpatient: 22.0%) and the depressive group is primarily in contact only with general practitioners (50.0%). In contrast, we found that suicide attempters in both groups were more likely to consult specialised services, although a fifth of them had no contact with services for a mental health purpose over the 12 months preceding the index hospitalisation. Based on Quebec's service organisation, the definition of profiles includes CLSC interventions which are considered as primary care. Data from another a public managed care system in Finland indicates that patients with similar diagnoses, treated at an ER following a suicide attempt, were also mostly in contact with specialised services over the year preceding the event [28].

Increase of mental health care contacts

In accordance with previous research, results show a significant increase of contacts following the index hospitalisation indicating that aftercare was mostly provided by specialised services in both groups [28]. In fact, the majority of our study population had at least one contact with services for a mental health purpose both three months before and after the index hospitalisation. Consistent with other findings, our results suggest that a previous contact with services is likely to facilitate aftercare contacts [25, 29].

Psychiatric outpatient clinics and the ER were the most visited resources. The literature reports that the ER and GPs were the resources most visited prior to a suicide [19, 20] and GPs are the most frequently consulted resources by those who have attempted suicide in the general population [1, 30, 31]. Population surveys show that those with depression or with suicidal ideations did not exert a strong effect on contact with any particular provider group [32].

Our data shows elevated rates of substance abuse comorbidity, as earlier studies have revealed [13, 14, 28]. The interaction found between gender and substance use disorder indicates that men presenting comorbidity were more likely to be engaged with services for a mental health purpose after the index attempt compared to men with no comorbid disorders. These results converge with previous findings indicating higher treatment rates among patients with comorbid mental and addictive disorders than those with either mental or addictive disorders alone [27, 33]. In contrast, women with comorbidity seemed to be left aside. Earlier studies have revealed that being a suicidal patient with a comorbid addictive disorder tends to decrease the likelihood of active and adequate aftercare [13, 34, 35].

Improving mental health care services

The increase in aftercare, particularly for men with substance abuse which are at higher risk of suicide, is a positive indicator of adequacy of care following a suicide attempt. Suicide prevention centers have implemented protocols which aim to ensure coordination of aftercare among suicidal populations between different resources available in the community. A recent evaluation of the protocol implemented in Montreal confirmed our finding which is to maintain contact with patients who have attempted suicide but are reluctant to engage in treatment [36]. Little conclusive evidence is available on how to prevent suicidal behaviours. Whether a psychiatric consultation is always necessary is controversial [37]. Experts suggest that a

multidisciplinary approach to assessment and management of patients is optimal, with a psychiatrist involved in the evaluation [21, 37, 38].

Our study indicates that sub-groups were less likely to access or to remain in contact with mental health services. This raises much concern since suicide risk soon after discharge is particularly high [3, 10, 39]. In fact, 6% of Canadian patients leave the hospital against medical advice [40]. Previous studies indicate that poor treatment compliance increases suicide risk [41]. Furthermore, Finnish researchers have suggested that referral for aftercare would be the key factor affecting treatment contact following a suicide attempt rather than compliance with treatment [28].

More attention should be paid to improve access to services for women with comorbidity and men with no comorbidity, patients who were not in contact with services prior to their hospitalisation and those presenting an ER profile of service use. As the ER is one of the most visited resources prior to the attempt, these results are somewhat worrisome. Quality and continuity of services dispensed in the ER has been criticised [42], since 14% of patients treated after attempting suicide leave without any recommended aftercare [43]. ERs have a crucial role to play since they represent an entry to mental health services. Improvement is needed, especially in terms of coordination in order to ensure a better continuity of care.

Moreover, the authors of a New Brunswick's study state that prevention of substance-related behaviour should be a primary goal in a Canadian national suicide prevention strategy [13, 44]. Indeed, early treatment of addiction and mental health disorders, a more concerted effort on the part of specialised mental health and addiction services, as well as greater access to these services are needed to improve suicide prevention.

Limitations

Administrative databases offer an important opportunity as they give access to data on a population-based level. Even if mental health disorders were not based on standardised diagnostic interview schedules, the validity of large classifications like non-affective psychotic or depressive disorders in administrative databases has been shown throughout jurisdictions, over time and in patterns of service utilisation [45]. Our study reinforces the position that database studies that allow for record linkage are a valuable tool in health services and public health policies [46, 47]. However, they do not reflect the quality of mental health services, nor do they include contacts with privately funded health care providers, mental health professionals in outpatient's clinics, addiction services or community agencies [13]. For example, 3% of the Quebec population has consulted a psychologist in private practice over the past year [48]. As a consequence, rates of mental health care contacts were underestimated.

Generalisability of our findings is limited by differences in health care systems between countries, although similar characteristics of suicide attempters treated in hospitals were found in New Zealand and Finland [14, 28].

Conclusion

The public managed health and social system in a large Canadian city responds to suicide attempts, including to those of men with substance abuse known to present a higher risk of suicide. There is an opportunity for increased aftercare coordination for suicidal individuals in general, in particular those who present themselves at the ER, those with no previous contact with services and for women with substance abuse. More comprehensive assessments reinforced by other sources of data are needed to obtain an in-depth picture of mental health service delivery, particularly to determine the intensity and the quality of mental health service use before and after a suicide attempt.

REFERENCES

1. Hawton, K. and K. Heeringen, *The international handbook of suicide and attempted suicide*. 2000, New York; Toronto: Wiley. 755.
2. De Leo, D. and R. Evans, eds. *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. 2004, Hogrefe & Huber: Cambridge.
3. Owens, D., J. Horrocks, and A. House, *Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review*. Br J Psychiatry, 2002. **181**: p. 193-9.
4. Bertolote, J.M., A. Fleischmann, D. De Leo, et al., *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*. Crisis, 2004. **25**(4): p. 147-55.
5. Haukka, J., K. Suominen, T. Partonen, et al., *Determinants and outcomes of serious suicide attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003*. American Journal of Psychiatry, 2008. **167**(10): p. 1155-63.
6. Saint-Laurent, D. and M. Gagné, *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. 2008, Institut national de santé publique du Québec. p. 20
7. Beautrais, A., *Women and suicidal behavior*. Crisis, 2006. **27**(2): p. 153-6.
8. Health Canada, *A report on Mental Illness in Canada*, Health Canada Editorial Board Mental Illness in Canada, Editor. 2002: Ottawa, Canada. p. 108.
9. Government of Canada, *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. 2006, Minister of Public Works and Government Services Canada. p. 203.
10. Bostwick, J.M. and V.S. Pankratz, *Affective disorders and suicide risk: a reexamination*. Am J Psychiatry, 2000. **157**(12): p. 1925-32.
11. Haw, C., K. Hawton, L. Sutton, et al., *Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors*. Suicide Life Threat Behav, 2005. **35**(1): p. 50-62.
12. Palmer, B.A., V.S. Pankratz, and J.M. Bostwick, *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. Arch Gen Psychiatry, 2005. **62**(3): p. 247-53.

13. Lesage, A., M. Seguin, A. Guy, et al., *Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services*. Canadian Journal of Psychiatry, 2008. **53**(10): p. 671-8.
14. Beautrais, A.L., P.R. Joyce, R.T. Mulder, et al., *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study*. American Journal of Psychiatry, 1996. **153**: p. 1009-14.
15. Lim, K.L., P. Jacobs, A. Ohinmaa, et al., *A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada*. Chronic Diseases in Canada, 2008. **28**(3).
16. Simon, R.I. and R.E. Hales, eds. *Textbook of suicide assessment and management*. ed. F. Edition. 2006, American psychiatric publishing, Inc.: Washington, DC, London, England.
17. Jacobs, D.G., ed. *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*. 1999, Jossey-Bass: San Francisco, CA. 40-539.
18. Ministère de la santé et des services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*. 2003, Gouvernement du Québec.
19. Pirkis, J. and P. Burgess, *Suicide and recency of health care contacts: A systematic review*. Br J Psychiatry, 1998. **173**: p. 462-74.
20. Luoma, J.B., C.E. Martin, and J.L. Pearson, *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(6): p. 909-16.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 01. 2003, London: National Collaborating Center for Mental Health Commissioned by The National Institute for Health and Clinical Excellence. 264.
22. Benigeri, M., *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*, Carrefour montréalais d'information

- sociosanitaire, Editor. 2007, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
23. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression: Management of depression in primary and secondary care - NICE guidance*. National Clinical Practice Guideline Number 23. 2004, London: National Collaborating Center for Mental Health Commissioned by The National Institute for Health and Clinical Excellence. 358.
 24. Rhodes, A.E., J. Bethell, J. Spence, et al., *Age-sex differences in medicinal self-poisonings: a population-based study of deliberate intent and medical severity*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2008. **43**(8): p. 642-52.
 25. Suominen, K., E. Isometsa, J. Haukka, et al., *Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. **39**(9): p. 720-4.
 26. Kessler, R.C., G. Borges, and E.E. Walters, *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey*. *Archives of General Psychiatry*, 1999. **56**: p. 617-26.
 27. Regier, D.A., W.E. Narrow, D.S. Rae, et al., *The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiological Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services*. *Archives of General Psychiatry*, 1993. **50**: p. 85-94.
 28. Suominen, K.H., E.T. Isometsa, and J.K. Lonnqvist, *Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders*. *Schizophr Bull*, 2002. **28**(4): p. 637-47.
 29. Goldston, D.B., B.A. Reboussin, C. Kancler, et al., *Rates and predictors of aftercare services among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. **42**(1): p. 49-56.

30. Pirkis, J.E., P.M. Burgess, G.N. Meadows, et al., *Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use*. Medical journal of Australia, 2001. **175**(10): p. 542-5.
31. Boyer, R., D. Saint-Laurent, M. Prévile, et al., *Idées suicidaires et parasuicidaires*, in *Enquête sociale et de santé 1998*. 2000, Institut de la statistique du Québec. p. 355-66.
32. Rhodes, A.E., J. Bethell, and S.J. Bondy, *Suicidality, depression, and mental health service use in Canada*. Can J Psychiatry, 2006. **51**(1): p. 35-41.
33. Kessler, R.C., S. Zhao, S.J. Katz, et al., *Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey*. AmJ Psychiatry, 1999. **156**: p. 115-23.
34. Hunt, I.M., N. Kapur, J. Robinson, et al., *Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey*. Br J Psychiatry, 2006. **188**: p. 135-42.
35. Suominen, K.H., E.T. Isometsa, and J.K. Lonnqvist, *Attempted suicide and psychiatric consultation*. Eur Psychiatry, 2004. **19**(3): p. 140-5.
36. Houle, J., C. Poulin, and H. Van Nieuwenhuyse, *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO 2006*, Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
37. Isacsson, G. and C.L. Rich, *Clinical review: Management of patients who deliberately harm themselves*. British Medical Journal, 2008. **322**: p. 213-15.
38. Hawton, K., *General hospital management of suicide attempters*, in *The international handbook of suicide and attempted suicide*, K. Hawton, Van Heeringen, K. , Editor. 2000, John Wiley & sons Ltd: Chichester. p. 519-37.
39. Meehan, J., N. Kapur, I.M. Hunt, et al., *Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey*. Br J Psychiatry, 2006. **188**: p. 129-34.

40. Canadian Institute for Health Information, *Hospital Mental Health Services in Canada, 2005-2006*, CIHI, Editor. 2008: Ottawa. p. 45.
41. Hawton, K., L. Sutton, C. Haw, et al., *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. Br J Psychiatry, 2005. **187**: p. 9-20.
42. Potvin, N., *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. 2004, Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.
43. Douglas, J., J. Cooper, T. Amos, et al., "*Near-fatal*" *deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide*. J Affect Disord, 2004. **79**(1-3): p. 263-8.
44. Seguin, M., A. Lesage, N. Chawky, et al., *Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity*. Can J Psychiatry, 2006. **51**(9): p. 581-6.
45. Gilbert, C., W. Jones, D. Schopflocher, et al., *Use of provincial administrative data for surveillance of mental health disorders: feasibility study*, Center for Chronic Disease Prevention and Control, Editor. 2008.
46. Mortensen, P.B., *The untapped potential of case registers and record-linkage studies in psychiatric epidemiology*. Epidemiology Rev, 2005. **17**: p. 205-9.
47. Black, C., K. McGrail, C. Fooks, et al., *Data, Data Everywhere...: Improving access to population health and health services research data in Canada*. 2005, Centre for Health Services and Policy Research and the Canadian Policy Research Networks.
48. Vasiliadis, H.M., A. Lesage, C. Adair, et al., *Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access*. Can J Psychiatry, 2005. **50**(10): p. 614-9.

DISCUSSION

5. RECOURS AUX SERVICES À DES FINS DE SANTÉ MENTALE

La présente section vise à comparer les résultats obtenus avec d'autres études récentes et similaires en termes de méthodes utilisées. La discussion se présente sous trois thématiques. En référence à la première hypothèse de recherche, on aborde d'abord la question des comportements de santé sous l'angle du profil de recours aux services avant l'hospitalisation index. La section suivante porte sur les facteurs de prédiction du recours aux services suivant une hospitalisation pour tentative de suicide. La dernière section permet de poser un regard sur l'utilisation des services suivant l'hospitalisation index.

5.1. Profil de recours aux services avant l'hospitalisation index

Tel que postulé, les profils de recours aux services avant l'hospitalisation pour tentative de suicide sont différents chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression comparativement à celles qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Les données montrent que ces dernières sont majoritairement en contact avec les services spécialisés au cours des douze mois précédant leur hospitalisation. Chez le groupe des dépressifs, les profils se répartissent cependant à la fois au niveau des services de première ligne et au niveau des services spécialisés.

La question des comportements de santé vu sous l'angle des profils d'utilisation des services a été peu étudiée à ce jour [59]. Notre définition des profils d'utilisation des services à des fins de santé mentale est intimement liée à l'organisation des services et permet d'identifier les niveaux de services utilisés avant un geste suicidaire. Cette variable inclut les interventions dispensées en CLSC, unique au Québec. En ce sens, il pourrait être difficile

de comparer cette partie de nos résultats à d'autres travaux réalisés au Canada ou ailleurs dans le monde. Cependant, la proportion peu élevée d'utilisation des services en CLSC ne représente qu'une faible limite à cet égard.

L'ESCC 1.2 montre également que les personnes dépressives qui rapportent une forme de conduite suicidaire semblent également consulter dans une proportion plus élevée un psychiatre (RC= 60,5, IC_{0,95} : 41,2-88,9), puis les services médicaux de première ligne (RC=21,6, IC_{0,95} : 14,5-32,2) et dans une moindre proportion tout autre type de ressource (RC=8,5, IC_{0,95} : 5,0-14,6) [40]. Les données de l'enquête canadienne portent cependant sur l'ensemble des conduites suicidaires et non pas essentiellement sur les conduites suicidaires les plus létales qui nécessitent une hospitalisation. De plus, la catégorie des ressources autres que les psychiatres ou les omnipraticiens de l'ESCC 1.2 comprend les activités dispensées par les organismes communautaires et autres professionnels qui offrent des services de type psychosociaux contrairement à notre source de données qui n'inclut que les services dispensés en CLSC à des fins de santé mentale.

Le devis utilisé dans le cadre de nos travaux ne permet pas la comparaison des profils d'utilisation des services à ceux de la population en général. Toutefois, le CMIS a déterminé les profils d'utilisation des services chez les utilisateurs de services de santé mentale au sein de la population générale, à Montréal [53]. Tel que spécifié plus tôt, la construction des profils d'utilisation des services est fondée sur les mêmes méthodes. Les données étudiées proviennent de la même source et elles sont prélevées au cours d'une même période temporelle. (*Voir les définitions aux sections 2.2.1 et 4.5.3*). Benigeri rapporte que les utilisateurs de services de santé mentale avec troubles schizophréniques et psychotiques se retrouvent également majoritairement au niveau des services spécialisés : profils clinique externe (69,0 %) et hospitalisation (22,0 %). Néanmoins, la distribution des profils de recours aux services est différente lorsque l'on compare les travaux de Benigeri aux

nôtres. En effet, les profils du groupe suicidaire avec les mêmes diagnostics se distribuent à travers les différentes catégories (aucun contact : 10,3 %, omnipraticien : 4,1 %, urgence; 10,8 %, CLSC : 2,1 %, psychiatre en clinique externe : 37,0 %, hospitalisation : 35,9 %). Chez les utilisateurs de services de santé mentale avec des troubles affectifs, Benigeri observe le plus souvent un profil omnipraticien (50,0 %) comparativement au groupe dépressif suicidaire à l'étude dont la distribution est moins homogène et qui ne compte que 12,7 % des personnes dans cette catégorie de profil (aucun contact : 12,5 %, urgence : 14,2 %, CLSC : 4,8 %, psychiatre en clinique externe : 26,3 %, hospitalisation : 15,2 %). En fait, une proportion importante du groupe dépressif suicidaire a consulté au moins une fois les services spécialisés au cours de l'année précédant l'hospitalisation index. Notons que le groupe des troubles affectifs du CMIS inclut des diagnostics de trouble bipolaire, ces derniers ne sont pas considérés dans le groupe dépressif suicidaire à l'étude.

En Finlande, Suominen, Isometsä et Lönnqvist se sont également intéressés à l'utilisation des services des personnes suicidaires qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression avec ou sans trouble d'abus de substances [65]. Il s'agit aussi d'une étude pour laquelle on a sélectionné l'ensemble des tentatives de suicide traitées aux urgences à Helsinki, en Finlande et non pas les tentatives pour lesquelles une hospitalisation est requise. Les auteurs ont déterminé les profils de recours aux services au cours des douze mois précédant et suivant une tentative de suicide traitée aux urgences, de même qu'au cours du mois précédant et suivant la tentative de suicide index. Les profils d'utilisation des services étudiés sont répartis en quatre niveaux hiérarchiques, soit les hospitalisations psychiatriques, les consultations psychiatriques en clinique externe, les contacts avec les services de première ligne et l'absence de contact avec les services. Les contacts avec les urgences ne figurent pas dans une catégorie distincte et les auteurs ne présentent pas de catégorie spécifique concernant des services psychosociaux qui pourraient être dispensés aux patients suicidaires. Les

auteurs rapportent que plus de la moitié des patients souffrant de schizophrénie ont été hospitalisés avant la tentative de suicide index (61,0 %) comparativement au cinquième des patients dépressifs (22,0 %). De plus, 10,0 % des patients avec schizophrénie avaient un profil d'utilisation des services de première ligne au cours des douze mois précédant la tentative de suicide index comparativement à 31,5 % des patients suicidaires dépressifs. Bref, la vaste majorité des patients traités aux urgences suivant une tentative de suicide a été en contact avec les services au cours de la période des douze mois qui ont précédé l'événement (schizophrénie : 97,0 % et dépression : 87,5 %). À Montréal, les taux de contacts avec les services au cours des douze mois qui ont précédé l'hospitalisation index sont légèrement plus bas (schizophrénie : 89,7 % et dépression : 73,3 %). Cette différence ne semble pas liée au fait que l'équipe finlandaise inclut l'ensemble des contacts avec les services de santé de première ligne alors que nous avons sélectionné essentiellement les contacts pour fins de santé mentale. En effet, la majorité des contacts avec les services chez les patients finlandais se situe au niveau des services spécialisés.

5.2. Facteurs de prédiction du recours aux services après l'hospitalisation index

Notre seconde hypothèse de recherche (H2) visait à tester l'association entre les comportements de santé pré hospitalisation, les facteurs de prédispositions (le genre et l'âge), les facteurs de besoins (le diagnostic, la comorbidité et le moyen utilisé pour commettre la tentative de suicide et l'utilisation des services post hospitalisation. Nos données confirment que les patients déjà en contact avec les services au cours des trois mois précédant leur hospitalisation semblent davantage en contact avec les services à des fins de santé mentale suivant leur hospitalisation [65, 75]. L'accès aux dossiers médicaux des patients suicidaires finlandais a permis aux auteurs d'étudier non seulement les contacts avec les services mais également les références offertes et les traitements proposés [65]. Suominen, Isometsä et

Lönnqvist sont ainsi en mesure de préciser qu'un contact avant et la présence de recommandations et de références médicales suivant une tentative de suicide traitée aux urgences favorisent l'adhérence des patients au traitement proposé.

En plus d'un contact avec les services avant l'hospitalisation index, Goldston et collègues observent que la comorbidité semble prédire l'utilisation des services suivant l'hospitalisation index [75]. Les travaux étaient toutefois essentiellement menés auprès d'une population d'adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide.

Parmi les patients montréalais hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide et qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression, une proportion importante d'entre eux a reçu un diagnostic concomitant d'abus de substances à un moment ou à un autre au cours de la période à l'étude. L'association entre les troubles d'abus de substances et les conduites suicidaires est largement établie [7, 12, 25, 27, 28]. Des travaux montrent que les personnes qui souffrent d'un trouble d'abus de substances seraient moins enclines à consulter les professionnels de la santé [65, 76, 77]. Nos données montrent que les hommes présentant une comorbidité en termes d'abus de substances semblent engagés dans un processus de suivi une fois leur congé obtenu. Ce constat laisse poindre une avancée au plan de la prévention du suicide chez un groupe particulièrement vulnérable en territoire montréalais et convergent vers les résultats obtenus par Kessler et de Regier dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques menées aux États-Unis [41, 42]. Les chercheurs ont constaté que les taux de traitements des personnes présentant une comorbidité en termes d'abus de substances étaient plus élevés que chez les personnes qui ne présentaient qu'un seul trouble mental.

Nos travaux soulignent un effet d'interaction entre le genre et l'abus de substances. Contrairement aux hommes, les femmes avec comorbidité seraient moins enclines à demeurer en contact avec les services suivant leur

hospitalisation comparativement aux femmes sans comorbidité. L'effet d'interaction entre le genre et la comorbidité ne semble pas être présent au sein de l'échantillon finlandais. L'ensemble des femmes serait plus enclin à être référé pour une consultation psychiatrique et les femmes seraient ainsi plus nombreuses à être en contact avec les services suivant leur tentative de suicide. Cependant, les auteurs concluent de leurs travaux que la comorbidité en termes d'abus de substances contribue à réduire le recours aux services, autant chez les personnes souffrant de dépression que chez celles souffrant de schizophrénie comparativement aux personnes qui ne présentent pas de comorbidité [65, 75]. En outre, l'étude des dossiers médicaux des patients suicidaires souffrant de schizophrénie avec comorbidité a permis à l'équipe d'établir qu'ils étaient sept fois plus nombreux à ne pas recevoir de références suivant le traitement de leur tentative de suicide comparativement aux patients avec schizophrénie sans problème de comorbidité [65]. De plus, ils soulignent que la comorbidité ne serait pas liée à l'adhérence au traitement proposé au sein du sous-groupe à l'étude.

La source de données utilisées dans le cadre de notre étude ne permet malheureusement pas de documenter la contribution spécifique des services de toxicomanie dispensés au sein de la communauté. L'étude rétrospective menée auprès de proches de 102 personnes décédées par suicide au Nouveau Brunswick démontre que des 61 % de la population à l'étude souffrait d'un trouble d'abus de substances. Une très faible proportion de ces personnes (4 %) aurait eu recours à des services de toxicomanie au cours de la dernière année [29]. Les auteurs soutiennent qu'une coordination insuffisante entre les services psychiatriques et de toxicomanie est observée dans plus du tiers des cas chez les personnes qui présentaient à la fois un diagnostic de dépression et un trouble d'abus de substances. En ce sens, nos données montrent que les femmes avec comorbidité semblent en marge du système de soins suivant leur hospitalisation contrairement aux hommes avec comorbidité. De même, l'équipe du Nouveau-Brunswick recommande

d'adopter une approche proactive en vue de rejoindre les individus en détresse qui ne se présentent pas aux ressources d'aide.

Lesage et ses collègues ont réalisé une vérification systématique des services dispensés aux personnes décédées par suicide au Nouveau-Brunswick. Les auteurs mettent en évidence que dans la moitié des cas, le système ne répondait pas aux besoins en ce qui a trait aux efforts de sensibilisation destinés à encourager la population à consulter les professionnels de la santé et des services sociaux [76].

Bien que cette dernière étude soit menée auprès d'une population décédée par suicide, il semble que les résultats de nos travaux puissent être comparés. En effet, des experts affirment que les études menées auprès de personnes qui commettent les tentatives de suicide les plus létales - dont celles qui requièrent une hospitalisation - peuvent constituer un proxy des études portant sur les décès par suicide, les populations présentant des caractéristiques similaires [4, 78]. Les auteurs affirment que les travaux portant sur les tentatives de suicide les plus sévères permettent une meilleure compréhension de la problématique du suicide que celles portant sur les tentatives de suicide moins létales. Les caractéristiques de la population à l'étude sont effectivement similaires à celles des personnes décédées par suicide au Nouveau-Brunswick. Notamment, la prévalence des troubles d'abus de substances semblent aussi importante que chez les personnes décédées par suicide (schizophrénie : 68 %, dépression : 60 %).

Tout comme le rapporte la littérature, l'urgence représente l'une des ressources les plus utilisées au cours des trois mois précédant une hospitalisation pour tentative de suicide [60, 71]. Nos analyses semblent prédire une absence de recours aux services à des fins de santé mentale suivant l'hospitalisation index chez les personnes qui présentent un profil d'utilisation des services « urgence ». Ce constat inquiète, considérant que les personnes qui ont attenté à leurs jours sont particulièrement à risque de

récidive ou de décès par suicide et que la situation est d'autant plus critique au moment de l'obtention d'un congé de l'hôpital [11, 28]. Au Royaume-Uni, on estime à 14 % la proportion de patients traités aux urgences pour une tentative de suicide sévères qui obtient un congé sans qu'aucun plan de suivi ne soit noté au dossier médical [78].

D'une étude rétrospective menée auprès de proches d'hommes décédés par suicide, Dulac établit que la majorité d'entre eux (76 %) a contacté un omnipraticien ou les urgences psychiatriques au cours de l'année précédant leur décès [79]. Il spécifie que ces derniers étaient rarement engagés dans un suivi systématique au moment du décès. Les travaux étaient menés essentiellement auprès de proches d'hommes décédés par suicide. Notons que les autopsies psychologiques sont liées à un biais de mémoire, susceptible d'engendrer une sous-estimation des contacts avec les services. Bien que les travaux aient été menés auprès des hommes seulement, la littérature indique habituellement un recours aux services plus élevé chez les femmes comparativement aux hommes [57, 58].

En fait, l'évaluation de l'implantation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide menée en 2003, critique la qualité des services offerts à l'urgence [80]. Au terme de la consultation provinciale, Potvin rapporte que la faiblesse de la prise en charge et du suivi de la personne suicidaire serait au cœur des difficultés qui perturbent la continuité des services et ce, à travers la province. Il semble que les personnes admises à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide obtiendraient rarement un suivi adéquat et que plusieurs seraient laissées à elles-mêmes. Il recommande que les urgences uniformisent leurs pratiques d'évaluation et d'intervention en vue d'améliorer le maillage avec les ressources de la communauté et de favoriser ainsi une meilleure continuité des services.

Les urgences des hôpitaux jouent évidemment un rôle central au sein du système de santé québécois. Constituant la principale porte d'entrée à

l'hospitalisation, les urgences offrent une réponse rapide lorsque les autres services de première ligne ne sont pas utilisés [81]. À Montréal, des chercheurs du *Groupe de recherche sur les urgences* (GIRU) ont mené une enquête au sein de la population en général. On s'intéressait à l'expérience de soins en première ligne, notamment à l'accessibilité et à la continuité des services. Les résultats de l'enquête démontrent qu'en plus des caractéristiques individuelles, des facteurs liés au système de santé influencent le recours à l'urgence. Notamment, le fait de bénéficier d'une source régulière de soin en première ligne ainsi que la perception d'avoir un accès rapide à un médecin de première ligne diminuent le recours à l'urgence et représentent des conditions préalables à la continuité des soins. Les auteurs concluent que : « *Les urgences des hôpitaux constituent, dans le contexte actuel, un important filet de sécurité pour répondre aux besoins de soins immédiats des personnes n'ayant pas de source habituelle de soins ou ne pouvant avoir accès rapidement à des services de 1^{ère} ligne* » [81] p. 1. Ils ajoutent ainsi que la diminution de recours aux urgences passe par la restructuration des services de première ligne en misant sur des mécanismes visant l'amélioration de l'accès rapide, la continuité ainsi que la coordination avec les autres niveaux de soins.

En définitive, nos données indiquent que des sous-groupes de l'échantillon semblent moins enclins à accéder aux services ou à demeurer en contact avec les services suivant leur hospitalisation. Notamment, outre les personnes qui présentent un profil d'utilisation des services « urgence », les patients en marge du système de soins avant leur hospitalisation semblent moins enclins à consulter au cours de la période des trois mois suivant leur hospitalisation. De plus, les hommes sans trouble d'abus de substances et les femmes avec comorbidité semblent également à l'écart des services suivant leur hospitalisation pour tentative de suicide.

Ainsi, le diagnostic simple de schizophrénie ou de dépression, l'âge et le moyen utilisé ne semblent pas prédire le fait d'avoir au moins un contact avec

les services de santé à des fins de santé mentale suivant l'hospitalisation index au sein de notre échantillon. Suominen et ses collègues rapportent également que le diagnostic simple de schizophrénie ou de dépression et l'âge ne semblent pas prédire l'absence de recours aux services suivant le traitement d'une tentative de suicide aux urgences [65, 77]. Ces derniers notent cependant que parmi les patients dépressifs finlandais, les facteurs de prédiction de l'absence de recours aux services suivant la tentative de suicide index sont le fait d'être un homme, d'avoir utilisé un moyen moins violent pour commettre leur tentative de suicide et l'absence de référence médicale. Chez ce sous-groupe, l'intoxication est utilisée dans 92,5 % des cas pour commettre la tentative [65].

5.3. Recours aux services après l'hospitalisation index

En référence aux hypothèses de recherche portant sur l'augmentation du recours aux services (H3 à H7), les résultats de notre étude établissent que les services de santé du réseau public apportent une réponse aux personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. L'augmentation significative du recours aux services (15 %) est principalement attribuable au groupe dépression (20,6 %) comparativement au groupe schizophrénie (5,7 %). Ce groupe étant déjà majoritairement en contact avec les services avant l'hospitalisation index (avant : 77,4 %, après : 83,1 %).

Néanmoins, peut-on conclure que cette augmentation du recours aux services à des fins de santé mentale soit suffisante ? En l'absence de guide de pratique national concernant les traitements appropriés auprès des personnes qui ont attenté à leurs jours, il est difficile de statuer sur la question.

Ailleurs dans le monde, des guides des meilleures pratiques recommandent un suivi de courte durée suivant une hospitalisation pour tentative de suicide [62, 82, 83]. Ces experts Britanniques qui ont réalisé des revues

systématiques de la littérature affirment qu'il existe une grande variabilité au niveau des pratiques et qu'aucune évidence scientifique n'aurait encore démontré l'efficacité d'un modèle de pratique en particulier. Cependant, pour une prise en charge optimale, des experts indiquent notamment l'importance d'un suivi rapide, d'une approche multidisciplinaire, en sollicitant la contribution d'un psychiatre au niveau de l'évaluation des patients qui ont commis une tentative de suicide [8, 82].

Notons d'abord que les urgences et les psychiatres en clinique externe représentent les ressources les plus consultées au cours des trois mois précédant et suivant l'hospitalisation index au sein de la population à l'étude. On a souvent rapporté dans la littérature qu'au sein de la population en général, les urgences et l'omnipraticien constituent les ressources les plus fréquentées au cours de l'année précédant le décès par suicide [57, 84] alors que l'omnipraticien serait la ressource la plus visitée peu de temps avant la tentative de suicide [2, 64].

De fait, la prise en charge des patients hospitalisés suivant une tentative de suicide à l'étude semble principalement assurée par les services spécialisés et ce, indépendamment du diagnostic. Chez les dépressifs, les médecins généralistes occupent le troisième rang en ce qui a trait aux ressources les plus consultées au cours des trois mois suivant l'hospitalisation index (psychiatre en clinique externe : 45,5 %, urgence : 34,2 %, médecin généraliste : 23,0 %). L'augmentation du recours aux services au sein du groupe dépressif est principalement assurée par le psychiatre en clinique externe (19,4 %) et dans une moindre proportion, par le médecin généraliste (3,9 %).

On note que les CLSC semblent répondre aux tentatives de suicide non seulement pour le groupe dépressif mais également pour le groupe diagnostique de schizophrénie puisque l'on observe une augmentation des interventions dans les deux groupes à l'étude (7,0 % et 4,6 %). En effet, nos

données montrent que la proportion des interventions à des fins de santé mentale en CLSC passe de 3,6 % à 10,6 % pour le groupe dépressif et de 7,7 % à 12,3 % pour le groupe schizophrénie.

La question de l'augmentation des interventions à des fins de santé mentale en CLSC n'est comparable qu'à peu travaux, cette composante du réseau public étant unique au Québec. L'importance d'offrir des services dans un contexte de multidisciplinarité au sein de la population suicidaire a été maintes fois relevée [8, 67, 82, 85]. Il apparaît donc important que ce type de ressource soit impliqué au niveau des suivis des personnes suicidaires et d'en mesurer leur contribution.

À notre connaissance, peu de travaux comparent le recours aux services avant et après une tentative de suicide. Suominen et ses collègues ont mené une étude similaire à la nôtre chez des patients traités aux urgences suivant une tentative de suicide et qui présentaient un trouble de schizophrénie ou de dépression, avec ou sans comorbidité. Ces derniers ont également étudié les patients qui présentaient un diagnostic simple d'abus de substances [65]. Les auteurs ont observé une augmentation globale de 20,0 % du recours aux services lorsqu'ils comparent l'utilisation des services au cours des 30 jours précédant et suivant le traitement d'une tentative à l'urgence. L'écart pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers incluent tous les types de contact avec les services de première ligne alors que nous avons sélectionné essentiellement les contacts pour fins de santé mentale. Pourtant, on note que tout comme à Montréal, la prise en charge des patients suicidaires finlandais est majoritairement assurée par les services spécialisés et ce, pour les deux groupes diagnostiques (schizophrénie et dépression) [65].

En somme, les chercheurs finlandais rapportent une augmentation de 22,7 % du recours aux services chez les patients finlandais souffrant de schizophrénie, en comparant les 30 jours avant et après la tentative de suicide index (avant : 65,8 %, après : 88,5 %). Aussi, plus de la moitié des

patients est hospitalisée au cours du mois suivant la tentative de suicide (avant : 26,3 %, après : 61,7 %). Les consultations psychiatriques en clinique externe diminuent, passant de 26,6 % à 21,4 % et les contacts avec les services de première ligne diminuent également, passant de 9,8 % à 5,3 %.

Quant au groupe dépressif finlandais, les auteurs observent une augmentation globale de 26,0 % du recours aux services au cours des 30 jours suivant le traitement de la tentative de suicide aux urgences (avant : 53,0 %, après : 79,0 %). Une augmentation des hospitalisations (avant : 7,3 %, après : 32,5 %) et des consultations psychiatriques (avant : 10,5 %, après : 38,2 %) est observée, alors qu'une diminution des consultations au niveau des services de première ligne est rapportée (avant : 23,7 %, après : 8,2 %). Les auteurs signalent que le Programme national finlandais de prévention du suicide recommande que chacune des personnes ayant commis une tentative de suicide reçoive une consultation psychiatrique et qu'elle soit activement référée pour une prise en charge suivant un passage à l'acte [61]. Cette mesure explique possiblement les taux élevés de contact avec les services psychiatriques pour l'ensemble des patients. Les comparaisons avec nos travaux sont ici limitées puisque les auteurs rapportent les contacts selon la hiérarchie des services utilisés alors que nous rapportons ici les contacts pour fin de santé mentale, pour chacune des ressources à l'étude.

La période temporelle à laquelle les finlandais réfèrent est différente de celle que nous avons utilisée, un mois comparativement à trois mois. Il semble cependant que ces périodes soient comparables. En effet, Monti et ses collègues suédois montrent que les taux de contact avec les services sont tout aussi élevés au cours des deux périodes, soit de 68 % un mois après et de 62 % trois mois après la tentative de suicide. Leurs travaux étant menés au sein de la population en général pourraient expliquer les taux plus faibles de contact avec les services, comparativement à ceux que nous avons obtenus. [86].

Une équipe du Royaume Uni s'est intéressée aux patients traités aux urgences à la suite d'une tentative de suicide sévère, au sein de la population en général [78]. Les auteurs rapportent que 59 % des patients auraient été hospitalisé dans une unité de soins intensifs. Près du tiers des autres patients auraient obtenu une référence, dont 15 % auprès des services externes spécialisés en santé mentale et 13 % auprès de leur médecin généraliste, alors que 14 % auraient obtenu leur congé sans qu'un plan de suivi ne soit consigné. Les patients traités aux urgences semblent ainsi dirigés vers les services spécialisés et les services de première ligne dans des proportions similaires. Nos travaux montrent que la prise en charge des patients suicidaires présentant un trouble mental est principalement assurée par les services spécialisés. Par contre, nous n'avons pas d'indication du suivi proposé aux patients hospitalisés suivant leur tentative de suicide. Les résultats présentés par l'équipe du Royaume-Uni ne représentent pas les taux de contacts avec les services suivant le traitement d'une tentative de suicide mais les références notées dans les dossiers médicaux. Ces références n'indiquent ainsi que la direction possible des éventuels contacts avec les services suivant la tentative de suicide.

Nos données indiquent que le taux d'absence de contact avec les services de santé mentale au cours des trois mois suivant l'hospitalisation index est similaire à ce que l'équipe finlandaise a pu observer auprès des patients traités aux urgences présentant les mêmes types de diagnostics (21 % comparativement à 18 %) [65].

La proportion relativement élevée d'absence de contact avec les services suivant l'hospitalisation index suscite un questionnement et la source de données que nous avons utilisée ne permet pas de l'expliquer. Par contre, d'autres auteurs se sont penchés sur la question [13, 36, 63, 65, 86].

En outre, Suominen et collègues ont étudié les facteurs de prédiction de l'absence de recours aux services suivant une tentative de suicide traitée aux

urgences [65]. Chez les personnes présentant un trouble psychotique, l'usage d'alcool avant la tentative de suicide et l'absence de recommandation du médecin traitant semblent prédire l'absence de recours aux services suivant la tentative de suicide. Chez les dépressifs, le fait d'être un homme, le faible niveau de létalité de la tentative de suicide et l'absence de recommandation médicale semblent prédire un recours aux services suivant le traitement d'une tentative de suicide. Quant au groupe présentant un trouble d'abus de substances, l'absence de recommandation médicale représente le principal facteur de prédiction de l'absence de recours aux services. Ainsi, l'adhérence au traitement ne constitue pas un facteur de prédiction de l'absence de recours aux services dans le contexte de cette étude.

L'étude suédoise menée par Monti et ses collègues [86] visant à investiguer l'adhérence au traitement au cours de la période d'un mois et des trois mois suivant une tentative de suicide montre que 38 % des patients n'étaient pas considérés en traitement psychiatrique au terme des trois mois suivant la tentative de suicide, dont plus de la moitié pour non adhérence au traitement proposé. En effet, 19 des 27 patients ne s'étaient pas présentés au rendez-vous de suivi qui avait été planifié par le psychiatre ou par un travailleur social. L'écart de proportion d'absence de recours aux services entre les travaux de Monti et les nôtres est toutefois attribuable aux définitions. En effet, nous rapportons la proportion d'individus qui ne présentaient aucun contact avec les services de santé mentale durant la période complète des trois mois suivant l'hospitalisation index alors que l'équipe suédoise réfère aux individus qui ont pu obtenir des soins au cours de la période mais qui avaient cessé leur suivi au terme des trois mois. Leur devis permet cependant de rapporter les besoins exprimés par les patients. Il semble que 32 % d'entre eux auraient souhaité recevoir une aide professionnelle plus soutenue.

Au Canada, l'ICIS estime à 6 % la proportion de patients suicidaires ayant quitté l'hôpital sur un avis médical contraire [63]. Notons que ces derniers travaux furent menés au sein de la population en général et non au sein de groupes présentant des troubles spécifiques de santé mentale.

Une méta analyse menée par Hawton et ses collègues démontre un risque accru de décès par suicide chez les personnes qui présentent une faible adhérence au traitement [36]. En Angleterre, Meehan et collègues ont conduit une enquête clinique portant sur les personnes décédées par suicide au sein de la population en général et l'utilisation des services psychiatriques au cours des douze mois précédant leur décès. L'enquête fut menée à l'échelle nationale, sur une période de quatre ans (n=4 859). Les auteurs rapportent que 16 % des décès par suicide seraient survenus au cours d'une admission à l'hôpital et que 23 % seraient survenus au cours des trois mois suivant un congé des soins psychiatriques [13]. Ils ont établi que le quart de ces décès survient principalement au cours des sept jours suivant l'admission alors que pour les personnes qui avaient reçu un congé de l'hôpital, les décès surviennent principalement au cours des deux semaines suivant le congé, le plus souvent, au cours de la première journée du congé.

Ainsi, l'absence de recours aux services peut être attribuable à des lacunes quant à la qualité des services offerts dont l'absence de références ou encore aux caractéristiques de l'individu, dont la non adhérence au traitement proposé. Par ailleurs, un décès par suicide pourraient également expliquer en partie l'absence de recours aux services suivant l'hospitalisation index.

6. LIMITES ET PORTÉE DE L'ÉTUDE

Les tentatives de suicides sont des phénomènes difficiles à mesurer puisque nous ne disposons pas de banques de données ou de système de surveillance permettant d'en évaluer la prévalence et l'incidence sur une base régulière. Les enquêtes sociales ou l'étude des données médico-

administratives constituent les meilleurs outils disponibles actuellement pour étudier la question sur une base populationnelle [60]. Bien que les données médico-administratives soient conçues pour des fins de facturation des actes médicaux et non pas dans une perspective de recherche, la validité des résultats des études utilisant ce type de données a été démontrée [87, 88]. Aussi, même si la mesure du diagnostic psychiatrique n'est pas déterminée sur les bases d'une entrevue standardisée, il a été établi que les bases de données jumelées s'avèrent un outil précieux pour les études en épidémiologie psychiatrique [89].

Dans notre étude, nous estimons peu probable la présence d'un biais de sélection, dans la mesure où les tentatives de suicide les plus létales, soit celles qui requièrent une hospitalisation, sont identifiables à partir de la base de données agrégées. Cependant, Rhodes et ses collègues ont voulu valider l'utilisation des codes E pour estimer les taux de prévalence de l'auto empoisonnement intentionnel chez les personnes hospitalisées. Les résultats des comparaisons des données de facturation des actes médicaux aux notes des dossiers médicaux des patients suicidaires semblent indiquer que les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les plus jeunes seraient estimés avec plus de constance que chez les patients plus âgés [23, 90]. En effet, il semble que l'intentionnalité de l'intoxication notée à l'aide des codes E (qui définit la tentative de suicide) ne serait pas systématiquement relevée au moment de la codification des données de facturation chez les patients aînés. Il est ainsi possible qu'une légère sous-estimation des cas d'hospitalisation pour tentative de suicide soit présente chez les patients plus âgés.

Malheureusement, la source de données utilisée ne permet pas de capturer les contacts pour fins de santé mentale auprès des services privés, des organisations communautaires, des consultations au sein des cliniques externes avec d'autres types de professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.) oeuvrant au sein du réseau de la santé et des services sociaux ou encore auprès des services spécialisés en toxicomanie.

Les données d'enquête populationnelle montrent que 3 % de la population aurait consulté un psychologue et 1 % aurait consulté au CLSC au cours de la dernière année [52]. Les services spécialisés fonctionnant en équipe multidisciplinaire, il est donc probable que nous ayons capté ces services par le biais des psychiatres, dans les cas où la personne aurait vu une autre personne que le psychiatre au moment de sa visite. Cette limite conduit toutefois à une faible sous-estimation des contacts en santé mentale.

Notre définition de l'utilisation des services étant très large (au moins un contact pour fin de santé mentale au cours des trois mois suivant l'hospitalisation index), les résultats doivent être interprétés avec réserve et commandent la poursuite de travaux en vue de décrire plus finement l'intensité du recours aux services à des fins de santé mentale. De plus, le devis utilisé ne permet pas de statuer sur la qualité des services reçus ou d'expliquer l'absence de recours aux services qui pourrait témoigner en outre de l'absence de référence du professionnel, de la non adhérence de l'individu au traitement proposé ou de tout autre biais lié à la perte au suivi tel qu'un déménagement ou même un décès par suicide. La proportion d'individus qui ne reçoit pas de services à la suite d'une tentative de suicide s'en trouve ainsi surestimée.

Divers facteurs autres que la gravité d'une maladie sont susceptibles d'influencer les admissions à l'hôpital et la durée d'un séjour. Aussi, la tentative de suicide comprend autant les actes qui aboutissent à une hospitalisation et ceux qui n'entraînent pas d'intervention du milieu médical et qui, par conséquent ne figurent pas dans les statistiques relatives aux hospitalisations. En effet, une certaine proportion des personnes qui commettent une tentative de suicide avec un niveau de létalité moins élevé n'est pas traitée dans le système public de soins de santé. Les personnes qui auraient séjourné aux urgences pour moins de 48 heures ne sont pas sélectionnées dans la banque jumelée. Seules les personnes ayant obtenu leur congé suivant une admission au sein d'une unité de soins en milieu

hospitalier sont retenues pour les fins de l'étude. Ainsi, les données portant sur les hospitalisations offrent un aperçu de l'ampleur des tentatives de suicide. Les résultats doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils ne rendent compte que d'une partie du phénomène des conduites suicidaires.

Cependant, le fait de s'intéresser à cette population à l'échelle de la métropole augmente la généralisation des résultats. En effet, les travaux sont comparables à ceux menés dans d'autres grandes villes occidentales mais se limitent aux régions qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'organisation des services. En fait, les caractéristiques de la population suicidaire à l'étude sont similaires à ce que des auteurs de la Finlande et de l'Australie rapportent [4, 65]. De plus, les données étant disponibles sur une période de trois ans, on renforce la puissance statistique réduisant ainsi le potentiel d'erreur aléatoire.

7. IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Des défis énormes se posent au niveau de la pratique quotidienne des cliniciens et des intervenants oeuvrant dans le domaine de la santé mentale. En effet, malgré l'avancement des connaissances concernant l'identification de facteurs de risque des conduites suicidaires, il n'existe pas de modèle de pratique permettant la prédiction de conduites suicidaires chez les individus identifiés comme étant à risque [31]. Les efforts visant à évaluer le risque suicidaire dans une perspective de prédiction mèneraient à un nombre élevé de faux positifs et de faux négatifs. Par exemple, les dépressifs présentent un risque de décès par suicide 20 fois plus élevé comparativement à la population en général. Bien qu'une proportion élevée de personnes décédées par suicide présente un trouble identifiable de dépression, toutes les personnes souffrant de dépression ne commettent pas de geste suicidaire [9]. De plus, le risque suicidaire peut varier dans le temps et un changement peut survenir brusquement [31].

De manière générale, les résultats de notre étude indiquent que les services de santé mentale du réseau public montréalais apportent une certaine réponse aux personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Tout d'abord, on note que les hommes présentant une comorbidité en termes d'abus de substances semblent engagés dans un processus de suivi une fois leur congé obtenu. Ce constat laisse poindre une avancée au plan de la prévention du suicide chez les personnes connues comme étant une clientèle particulièrement vulnérable.

Par contre, nos résultats montrent que des sous-groupes de l'échantillon semblent moins en contact avec les services à des fins de santé mentale suivant leur hospitalisation. En effet, les hommes sans comorbidité en termes d'abus de substances et les patients en marge du système de soins avant leur hospitalisation ont moins consulté au cours de la période des trois mois suivant leur hospitalisation. De plus, l'urgence comme porte d'entrée aux services de santé mentale ne semble pas garante de l'utilisation des services suivant une hospitalisation pour tentative de suicide. Ces constats inquiètent, considérant que les personnes qui ont attenté à leurs jours sont particulièrement à risque de récurrence ou de décès par suicide et la situation est d'autant plus critique au moment de l'obtention d'un congé de l'hôpital [11, 28].

En fait, la période suivant le congé du patient suicidaire à la suite d'un passage à l'urgence ou d'une hospitalisation, représente une fenêtre d'intervention importante en termes de prévention de la morbidité et de la mortalité futures. Il importe donc d'accorder une attention particulière au suivi de ces personnes qui fréquentent ces ressources. En ce sens, divers travaux confirment que le fait d'offrir des standards de soins de qualité aux patients ayant commis une tentative de suicide peut contribuer à réduire le risque de décès par suicide [43]. Une revue systématique de la littérature menée par Hawton, portant sur l'évaluation des interventions destinées aux personnes suicidaires atteste que les interventions axées sur l'amélioration de la fidélité

au suivi semblent parmi les plus prometteuses [91]. Aussi, des experts affirment qu'un traitement approprié des troubles mentaux constitue une importante stratégie préventive [92]. Leurs travaux mettent en évidence qu'un traitement adéquat devrait inclure outre l'établissement du diagnostic, une pharmacologie adaptée ainsi qu'une intervention psychosociale. En matière de prévention du suicide, il est admis que les omnipraticiens peuvent jouer un rôle important, notamment en ce qui a trait au dépistage et au traitement de la dépression [93-95]. Dans un contexte de transformation des pratiques, où l'on cible la première ligne comme élément clé du dispositif de soins, il apparaît crucial de développer des stratégies pour permettre aux médecins généralistes d'assurer pleinement leur rôle. À cet égard, le Programme national de santé publique 2003-2012 recommande la formation des médecins généralistes comme stratégie préventive [66]. En effet, le suicide étant un événement rare au niveau de la pratique des médecins généralistes, il importe qu'ils soient formés à détecter et traiter non seulement la dépression mais également la crise suicidaire chez les personnes qui les consultent et qu'ils puissent au besoin, les référer aux ressources appropriées.

Par ailleurs, les résultats de notre étude soulèvent un questionnement quant à la coordination des services de santé mentale et ils soulignent l'importance du renforcement des initiatives de soins partagés en vue d'améliorer les collaborations et de réduire les barrières à l'accès aux services. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité est à la fois un objectif et un élément clé des modèles théoriques des soins partagés [93]. Ces derniers consistent à développer des mesures visant la détection et le traitement des troubles mentaux en première ligne, en se rapprochant du domicile des patients, soit en dispensant les soins directement en première ligne, soit en soutenant les prestataires de première ligne, par le transfert de connaissances, des études de cas ou des conseils sur des cas particuliers.

D'autre part, en 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait sa *Stratégie québécoise d'action face au suicide* « *S'entraider pour la vie* ». Dès lors, on y soulignait l'importance de recourir à des ententes de services entre organismes visant l'amélioration de la coordination des interventions réalisées auprès des personnes suicidaires [80]. À la suite de ces recommandations, *Suicide Action Montréal* élaborait le protocole de référence MARCO en vue d'assurer une meilleure continuité des services. Il existe des cousins du protocole, par exemple, PASCAL dans la région de Laval et RÉMI, dans la région de Chaudière-Appalache. Ces procédures de références et de prise en charge misent sur un processus d'échange d'information rétroactif entre les organismes partenaires [85]. Ces initiatives visent ainsi à réduire le temps d'attente et à faciliter la communication entre les ressources impliquées, diminuant ainsi les risques de discontinuité et l'absence de suivi qui en résulte. Au moment de l'évaluation du protocole MARCO, en 2005, le projet impliquait une quinzaine de partenaires, répartis dans trois secteurs de Montréal et représentant cinq types d'organismes (l'urgence psychiatrique d'un hôpital, un centre de crise, un CLSC, un organisme de traitement des toxicomanies et le centre de prévention du suicide). Les types de ressources sont sélectionnés sur la base de leur complémentarité et du fait qu'elles desservent régulièrement une clientèle suicidaire. Les résultats de l'évaluation de l'implantation du protocole MARCO sont prometteurs et s'harmonisent tout à fait avec la nouvelle structure du système de santé québécois orienté vers la mise en place de centres de santé et de services sociaux et de réseaux locaux de services [85]. Le protocole a été jugé utile notamment pour la prise en charge concertée des patients présentant des troubles de comorbidité « *dépression / toxicomanie* » et ce, grâce à l'implication de l'organisme de traitement des toxicomanies.

En ce sens, les résultats de nos travaux illustrent possiblement leur rôle en action puisque l'on constate que les hommes avec comorbidité seraient davantage en contact avec les services de santé mentale suivant l'hospitalisation index. Il semble qu'avant l'implantation du protocole et en

raison de la spécialisation des services en santé mentale, cette clientèle se trouvait transférée d'un établissement à un autre, sans réelle prise en charge. Les auteurs de l'étude déplorent toutefois la sous-utilisation du protocole. Ils concluent que l'atteinte des objectifs pose des défis, largement tributaires de la qualité des liens entre les établissements partenaires et ils soulignent la nécessité d'un investissement considérable de ressources en vue d'assurer une coordination constante de l'initiative.

Le protocole MARCO s'inscrit tout à fait dans les priorités ministérielles concernant l'intervention auprès des personnes à potentiel suicidaires élevé. En effet, le *Programme national de santé publique 2003-2012* cible comme objet de surveillance les tentatives de suicide et les hospitalisations pour fins de santé mentale [66]. Au-delà de l'identification, de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé, le *Plan d'action québécois en santé mentale 2005-2010* préconise également l'implantation de mécanismes de liaison et de transmission d'information entre les diverses ressources et services de première ligne, les médecins généralistes ainsi que les services spécialisés [68]. Une initiative telle que le protocole MARCO aurait donc avantage à être déployée non seulement sur l'ensemble du territoire montréalais mais également sur l'ensemble du territoire québécois.

8. FUTURES ÉTUDES

L'ampleur et la complexité du phénomène du suicide en font un problème de santé publique commandant la poursuite des travaux de recherche afin d'en améliorer notre compréhension. Les différents programmes, politiques et plans d'action gouvernementaux cités précédemment en font largement état. Considérant que les divers professionnels de la santé et des services sociaux ont un rôle important à jouer en matière de prévention, il importe de dresser un portrait plus détaillé de leur implication actuelle en vue d'optimiser les pratiques.

La présente étude a permis d'établir les taux de contact avec les ressources de santé mentale du réseau public ainsi que les profils d'utilisation des services à des fins de santé mentale, en fonction des niveaux de services utilisés avant et après une hospitalisation pour tentative de suicide. Il s'agit d'une première étape d'analyse qui invite à la poursuite de travaux. Ainsi, de futures études réalisées à partir de données médico-administratives, renforcées par d'autres sources de données permettraient de présenter un portrait plus détaillé de la prestation des soins de santé mentale aux personnes suicidaires. En effet, d'autres ressources de la communauté jouent un rôle important en matière de prévention du suicide, notamment, les centres de prévention du suicide ou autres organisations communautaires oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, les ressources de désintoxication, les centres de crise, etc. Documenter leur contribution apporterait une représentation plus juste des divers services reçus par la population suicidaire. De plus, poser un regard sur la qualité des services offerts, les mécanismes en action lors de l'utilisation des services à des fins de santé mentale entourant les conduites suicidaires ainsi que l'adhérence au traitement et les barrières à l'accès serait souhaitable. Il serait aussi pertinent de documenter le point de vue des patients en vue de favoriser l'adéquation des services à leurs besoins particuliers. La poursuite des travaux pourrait contribuer à améliorer notre compréhension de la contribution des divers services en matière de prévention du suicide et permettre de cibler des pistes d'actions prioritaires en ce sens.

Par ailleurs, toutes les personnes traitées dans les hôpitaux à la suite d'une tentative de suicide ne sont pas admises et les données enregistrées dans les urgences ne permettent pas une utilisation pour fin de surveillance ou de recherche dû semble-t-il, au manque d'uniformité au niveau de la consignation des actes [96]. Des mesures pourraient d'abord être envisagées en vue d'uniformiser la consignation des données à cet égard bonifiant ainsi le potentiel pour la recherche. Ensuite, les tentatives de suicide étant un événement peu fréquent à l'échelle locale, il s'avère important de pouvoir

compter sur de larges échantillons en vue d'assurer une meilleure représentativité de la population étudiée [88]. Malheureusement, il n'existe pas de base de données agrégée au niveau national. En conséquence, les données disponibles actuellement ne permettent pas de décrire l'ampleur des conduites suicidaires traitées au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Certains pays dont l'Angleterre, l'Australie, les États-Unis, l'Écosse, l'Irlande et des pays scandinaves ont mis en place des mesures en vue d'assurer le monitoring des tentatives de suicide déclarées [97]. Cette pratique s'avère une piste prometteuse tant au plan de la recherche qu'au plan de l'évaluation des pratiques. En effet, le monitoring effectué sur une base populationnelle peut tenir diverses fonctions. Notamment, il augmente considérablement le potentiel pour la recherche. Il permet non seulement de déterminer les taux de prévalence d'un problème de santé mais également d'étudier l'évolution des tendances, d'examiner les caractéristiques de sous-groupes particulièrement à risque, d'évaluer les besoins des hôpitaux, de comparer les pratiques inter établissements, sans compter l'évaluation des politiques et des stratégies de prévention établies. Le Québec pourrait s'inspirer de ces exemples pour mettre en œuvre un mécanisme national de monitoring des tentatives de suicide et de décès par suicide en vue d'optimiser les actions en matière de prévention du suicide.

De plus, des études de cas en profondeur, menées au cours de la dernière année précédant un geste suicidaire et sur des échantillons représentatifs permettent d'établir les besoins non comblés en matière de services de santé et de services sociaux, justice, école, travail, proches ou autre [76].

Finalement, il n'existe pas de guide de pratique basé sur des données factuelles en matière de prévention du suicide au Québec. Par conséquent, les pratiques varient d'une institution à une autre [98]. Poursuivre la recherche en vue d'identifier les meilleures pratiques et de guider les intervenants qui soutiennent les personnes qui présentent un risque suicidaire constitue également une mesure préventive importante.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Leo, D. and R. Evans, eds. *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. 2004, Hogrefe & Huber: Cambridge.
2. Hawton, K. and K. Heeringen, *The international handbook of suicide and attempted suicide*. 2000, New York; Toronto: Wiley. 755.
3. Ayotte, V., R. Choinière, and C. Poulin, *Profil statistique du suicide dans la région de Montréal-Centre*, Direction de la santé publique de Montréal, Editor. 2002.
4. Beautrais, A.L., P.R. Joyce, R.T. Mulder, et al., *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study*. American Journal of Psychiatry, 1996. **153**: p. 1009-14.
5. Conwell, Y., P.R. Duberstein, C. Cox, et al., *Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study*. American Journal of Psychiatry, 1996. **153**: p. 1001-8.
6. Isometsä, E., M.A. Hillevi, M. Henriksson, et al., *Suicide in major depression in different treatment settings*. Journal of Clinical Psychiatry, 1994. **55**(12): p. 523-7.
7. Bertolote, J.M., A. Fleischmann, D. De Leo, et al., *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*. Crisis, 2004. **25**(4): p. 147-55.
8. Hawton, K., *General hospital management of suicide attempters*, in *The international handbook of suicide and attempted suicide*, K. Hawton, Van Heeringen, K. , Editor. 2000, John Wiley & sons Ltd: Chichester. p. 519-37.
9. Gouvernement du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. 2006, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada. p. 158.
10. Stewart, P., P. Lips, C. Lakaski, et al., *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. 2002, Santé Canada, Ottawa. p. 111.
11. Lim, K.L., P. Jacobs, A. Ohinmaa, et al., *Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada*. Maladies chroniques au Canada, 2008. **28**(3): p. 103-10.
12. Owens, D., J. Horrocks, and A. House, *Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review*. Br J Psychiatry, 2002. **181**: p. 193-9.

13. Meehan, J., N. Kapur, I.M. Hunt, et al., *Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey*. Br J Psychiatry, 2006. **188**: p. 129-34.
14. Gibb, S.J., A.L. Beautrais, and D.M. Fergusson, *Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study*. Aust N Z J Psychiatry, 2005. **39**(1-2): p. 95-100.
15. Kessler, R.C., G. Borges, and E.E. Walters, *Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey*. Archives of General Psychiatry, 1999. **56**: p. 617-26.
16. Weissman, M.M., R.C. Bland, and G.J. Canino, *Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries*. Psychol Medecine, 1999. **29**: p. 9-17.
17. Saint-Laurent, D. and M. Gagné, *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. 2008, Institut national de santé publique du Québec. p. 20
18. Jacobs, D.G., ed. *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*. 1999, Jossey-Bass: San Francisco, CA. 40-539.
19. Beautrais, A., *Women and suicidal behavior*. Crisis, 2006. **27**(2): p. 153-6.
20. Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. 2002, Santé Canada, Ottawa, Canada. p. 111.
21. Hamel, D., *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. 2001, Institut national de santé publique du Québec. p. 190-216.
22. Haukka, J., K. Suominen, T. Partonen, et al., *Determinants and outcomes of serious suicide attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003*. American Journal of Psychiatry, 2008. **167**(10): p. 1155-63.
23. Rhodes, A.E., J. Bethell, J. Spence, et al., *Age-sex differences in medicinal self-poisonings: a population-based study of deliberate intent and medical severity*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2008. **43**(8): p. 642-52.
24. Gunnell, D. and S. Frankel, *Prevention of suicide: aspirations and evidence*. British Medical Journal, 1994. **308**: p. 1227-33.

25. Palmer, B.A., V.S. Pankratz, and J.M. Bostwick, *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. Arch Gen Psychiatry, 2005. **62**(3): p. 247-53.
26. Harris, E.C. and B. Barraclough, *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 1997. **170**: p. 205-28.
27. Bostwick, J.M. and V.S. Pankratz, *Affective disorders and suicide risk: a reexamination*. Am J Psychiatry, 2000. **157**(12): p. 1925-32.
28. Haw, C., K. Hawton, L. Sutton, et al., *Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors*. Suicide Life Threat Behav, 2005. **35**(1): p. 50-62.
29. Seguin, M., A. Lesage, N. Chawky, et al., *Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity*. Can J Psychiatry, 2006. **51**(9): p. 581-6.
30. Cherpitel, C.J., G.L. Borges, and H.C. Wilcox, *Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature*. Alcohol Clin Exp Res, 2004. **28**(5 Suppl): p. 18S-28S.
31. Simon, R.I. and R.E. Hales, eds. *Textbook of suicide assessment and management*. ed. F. Edition. 2006, American psychiatric publishing, Inc.: Washington, DC, London, England.
32. Canadian Psychiatric Association, *Lignes directrices cliniques pour le traitement de la schizophrénie*. Can J Psychiatry, 2005. **50**(11): p. Supp1.
33. Saint-Laurent, D. and C. Bouchard, *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* 2004, Institut national de santé publique.
34. Pompili, M., P. Girardi, A. Ruberto, et al., *Toward a new prevention of suicide in schizophrenia*. World J Biol Psychiatry, 2004. **5**(4): p. 201-10.
35. Radomsky, E.D., G.L. Haas, J.J. Mann, et al., *Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders*. Am J Psychiatry, 1999. **156**(10): p. 1590-5.
36. Hawton, K., L. Sutton, C. Haw, et al., *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. Br J Psychiatry, 2005. **187**: p. 9-20.

37. Meltzer, H.Y., *Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options*. *Curr Psychiatry Rep*, 2002. **4**(4): p. 279-83.
38. Canadian Psychiatric Association, *Canadian clinical practice guidelines for the treatment of depressive disorders*. *Can J Psychiatry*, 2001(46): p. Supp1.
39. Insel, T.R. and D.S. Charney, *Research on major depression*. *JAMA*, 2003. **289**(23): p. 1167-3168.
40. Rhodes, A.E., J. Bethell, and S.J. Bondy, *Suicidality, depression, and mental health service use in Canada*. *Can J Psychiatry*, 2006. **51**(1): p. 35-41.
41. Kessler, R.C., S. Zhao, S.J. Katz, et al., *Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey*. *AmJ Psychiatry*, 1999. **156**: p. 115-23.
42. Regier, D.A., W.E. Narrow, D.S. Rae, et al., *The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiological Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services*. *Archives of General Psychiatry*, 1993. **50**: p. 85-94.
43. Suominen, K., E. Isometsa, J. Haukka, et al., *Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide--a 5-year follow-up study after deliberate self-harm*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. **39**(9): p. 720-4.
44. De Leo, D., S. Burgis, J.M. Bertolote, et al., *Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study*. *Crisis*, 2006. **27**(1): p. 4-15.
45. American Psychiatric Association, *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. *American Journal of Psychiatry*, 2003. **160**: p. 1-60.
46. Cooper, J., N. Kapur, R. Webb, et al., *Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study*. *American Journal of Psychiatry*, 2005. **162**(2): p. 297-303.
47. Suokas, J., K. Suominen, E. Isometsa, et al., *Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide: findings of a 14-year follow-up study*. *Acta Psychiatr Scand*, 2001. **104**(2): p. 117-21.

48. Suominen, K., E. Isometsa, A. Ostamo, et al., *Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study*. BMC Psychiatry, 2004. **4**: p. 11.
49. Suominen, K., E. Isometsa, J. Suokas, et al., *Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(3): p. 562-3.
50. Isometsä, E.T. and J.K. Lönnqvist, *Suicide attempts before completed suicide*. British Journal of Psychiatry, 1998. **173**: p. 531-5.
51. Schmidtke, A., *Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre on Parasuicide*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1996. **93**: p. 327-38.
52. Vasiliadis, H.M., A. Lesage, C. Adair, et al., *Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access*. Can J Psychiatry, 2005. **50**(10): p. 614-9.
53. Benigeri, M., *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*, Carrefour montréalais d'information sociosanitaire, Editor. 2007, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 01. 2003, London: National Collaborating Center for Mental Health Commissioned by The National Institute for Health and Clinical Excellence. 264.
55. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Depression: Management of depression in primary and secondary care - NICE guidance*. National Clinical Practice Guideline Number 23. 2004, London: National Collaborating Center for Mental Health Commissioned by The National Institute for Health and Clinical Excellence. 358.
56. Strarkes, J.M., C.C. Poulin, and S.R. Kisely, *Unmet need for treatment of depression in Atlantic Canada*. Can J Psychiatry, 2005. **50**: p. 580-90.
57. Pirkis, J. and P. Burgess, *Suicide and recency of health care contacts: A systematic review*. Br J Psychiatry, 1998. **173**: p. 462-74.
58. Luoma, J.B., C.E. Martin, and J.L. Pearson, *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. Am J Psychiatry, 2002. **159**(6): p. 909-16.

59. Suominen, K.H., E.T. Isometsa, A.I. Ostamo, et al., *Health care contacts before and after attempted suicide*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(2): p. 89-94.
60. Boyer, R., D. Saint-Laurent, M. Prévaille, et al., *Idées suicidaires et parasuicidaires*, in *Enquête sociale et de santé 1998*. 2000, Institut de la statistique du Québec. p. 355-66.
61. Suominen, K., E. Isometsa, M. Martunnen, et al., *Health care contacts before and after attempted suicide among adolescent and young adult versus older suicide attempters*. Psychological Medicine, 2004. **34**(2): p. 313-21.
62. Sinclair, J.M., A. Gray, and K. Hawton, *Systematic review of resource utilization in the hospital management of deliberate self-harm*. Psychol Med, 2006. **36**(12): p. 1681-93.
63. Institut canadien d'information sur la santé, *Bulletin analytique du Registre national des traumatismes : Hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada, 2001-2002*. 2004, Institut canadien d'information sur la santé. p. 12.
64. Pirkis, J.E., P.M. Burgess, G.N. Meadows, et al., *Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use*. Medical journal of Australia, 2001. **175**(10): p. 542-5.
65. Suominen, K.H., E.T. Isometsa, and J.K. Lonnqvist, *Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders*. Schizophr Bull, 2002. **28**(4): p. 637-47.
66. Ministère de la santé et des services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*. 2003, Gouvernement du Québec.
67. Mercier, G. and D. Saint-Laurent, *Stratégie québécoise d'action face au suicide - S'entraider pour la vie*. 1998, Ministère de la santé et des services sociaux: Québec.
68. Breton, M., S. Bouchard, L. Deschênes, et al., *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. 2005, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec. p. 96.
69. Andersen, R., *Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter*. Journal of Health and Social Behaviour, 1995. **36**(1): p. 1-10.

70. Suominen, K.H., E.T. Isometsa, and J.K. Lonnqvist, *Attempted suicide and psychiatric consultation*. Eur Psychiatry, 2004. **19**(3): p. 140-5.
71. American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 1997. **154**: p. 1-63.
72. Lehman, A.F. and D.M. Steinwachs, *Translating research into practice : the Schizophrenia Patient Outcomes. Research Team (PORT) treatment recommendations*. Schizophrenia Bulletin, 1998. **24**: p. 1-10.
73. Institut canadien d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2004-2005*, ICIS, Editor. 2007. p. 26.
74. Hosmer, D.W. and S. Lemeshow, eds. *Applied Logistic Regression, Second Edition*. Wiley Series in Probability and Statistics. 2000, Wiley-Interscience Publication, John Wiley & sons, Inc. : New York, Chichester, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto. 143-222.
75. Goldston, D.B., B.A. Reboussin, C. Kancler, et al., *Rates and predictors of aftercare services among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(1): p. 49-56.
76. Lesage, A., M. Seguin, A. Guy, et al., *Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services*. Canadian Journal of Psychiatry, 2008. **53**(10): p. 671-8.
77. Suominen, K.H., E.T. Isometsä, M.M. Henrikssen, et al., *Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide*. American Journal of Psychiatry, 1998. **155**: p. 1778-80.
78. Douglas, J., J. Cooper, T. Amos, et al., *"Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide*. J Affect Disord, 2004. **79**(1-3): p. 263-8.
79. Dulac, G., *Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale dans le processus suicidaire*, Centre d'études appliquées sur la famille, Editor. 2003, École de service social, Université McGill: Montréal. p. 80.
80. Potvin, N., *Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*. 2004, Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.

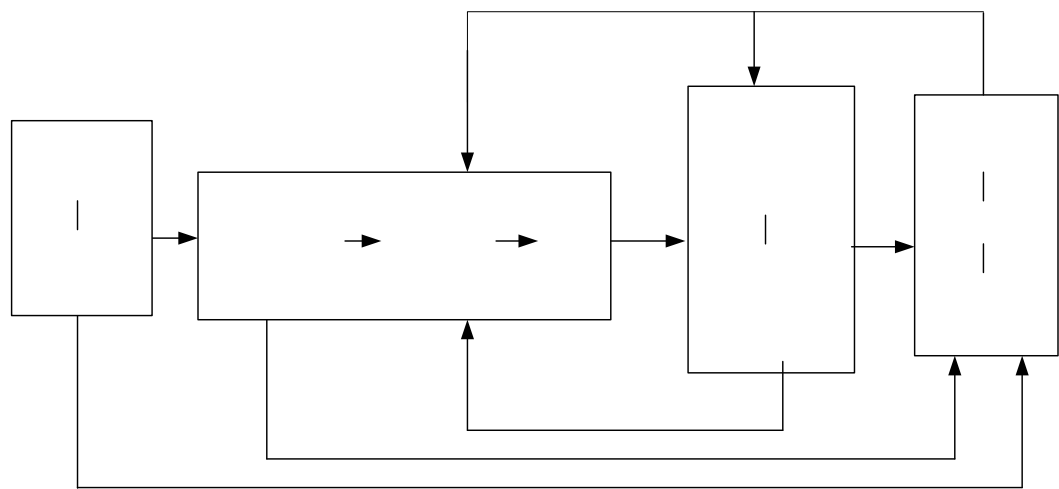
81. Roberge, D., D. Larouche, R. Pineault, et al., *L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne ? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie*. 2007, Direction de la santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Québec. p. 12.
82. Isacsson, G. and C.L. Rich, *Clinical review: Management of patients who deliberately harm themselves*. British Medical Journal, 2008. **322**: p. 213-15.
83. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Self-arm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-arm in primary and secondary care*. Clinical guideline 16. National institute for Clinical Excellence. 2004, London: National Collaborating Center for Mental Health Commissioned by The National Institute for Health and Clinical Excellence.
84. Saint-Laurent, D. and S. Tennina, *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. 2000, Ministère de la santé et des services sociaux et Bureau du Coroner: Québec. p. 59.
85. Houle, J., C. Poulin, and H. Van Nieuwenhuysse, *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO 2006*, Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
86. Monti, K., M. Cedereke, and A. Öjehagen, *Treatment attendance and suicidal behavior 1 month and 3 month after a suicide attempt: a comparison between two samples*. Archives of suicide research, 2003(7): p. 167-74.
87. Gilbert, C., W. Jones, D. Schopflocher, et al., *Use of provincial administrative data for surveillance of mental health disorders: feasibility study*, Center for Chronic Disease Prevention and Control, Editor. 2008.
88. Claassen, C.A., M.H. Trivedi, I. Shimizu, et al., *Epidemiologie of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases*. Suicide and life threatening behavior, 2006. **36**(2): p. 192-212.
89. Mortensen, P.B., *The untapped potential of case registers and record-linkage studies in psychiatric epidemiology*. Epidemiology Rev, 2005. **17**: p. 205-9.

90. Rhodes, A.E., P.S. Links, D.L. Streiner, et al., *Do hospital E-codes consistently capture suicidal behaviour?* Chronic Dis Can, 2002. **23**(4): p. 139-45.
91. Hawton, K. and e. al., *Deliberate self-harm : systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition.* British Medical Journal, 1998. **317**: p. 441-7.
92. Kapur, N., J. Cooper, U. Hiroeh, et al., *Emergency department management and outcome for self-poisoning.* General Hospital Psychiatry, 2004. **26**: p. 36-41.
93. Gagné, M.A., *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il ? Une introduction au cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration.* 2005, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale: Mississauga, Ontario. p. 10.
94. Lesage, A., *Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression : quels obstacles?* Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2002. **50**(1): p. 63-6.
95. Schulberg, H.C., M.L. Bruce, P.W. Lee, et al., *Preventing suicide in primary care patients : the primary care physician's role* General Hospital Psychiatry, 2004. **26**: p. 337-45.
96. Houle, J. and C. Poulin, *Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise.* 2006, Québec: Direction de santé publique de Montréal.
97. Hawton, K., L. Bale, D. Casey, et al., *Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals.* Crisis, 2006. **27**(4): p. 157-63.
98. Daigle, M., R. Labelle, and C. Girard, *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec.* 2003, Rapport présenté au Regroupement des directrices de soins d'établissements psychiatriques du Québec: Montréal. p. 85

ANNEXES

Annexe 1

Modèle comportemental d'utilisation des services de Andersen (1995)

**ENVIRONMENT**

Annexe 2 : Analyse de régression logistique simple

Unadjusted odds ratio of predisposing characteristics in relation with mental health contacts three months after the index hospitalisation following a suicide attempt among residents of Montreal diagnosed with schizophrenia or depression, aged 15 years and over

Variables	OR	CI (95 %)	P
Mental health care contact			
3 month before			
No contact	1		
At least one contact	2.791	1.816-4.290	<0.001
Profile			
No contact	1		
General practitioner only	1.610	0.717-3.615	0.248
Emergency	0.709	0.372-1.349	0.294
CLSC	7.638	0.981-59.462	0.052
Outpatient care	1.718	0.966-3.056	0.066
Inpatient care	3.314	1.628-6.747	0.001
Diagnosis			
Depression	1		
Schizophrenia	1.494	0.950-2.350	0.082
Substance abuse			
No	1		
Yes	1.332	0.868-2.043	0.189
Gender			
Men	1		
Women	1.733	1.133-2.649	0.011
Age	0.990	0.978-1.002	0.095
Mean			
Other	1		
Intoxication	0.947	0.585-1.532	0.824

Annexe 3 : Correlations Matrix

n=525	Constante	MH Contact 3 m. before	Profile service use	Diagnosis schizophrenia	Gender women	Age	Comorbidity yes	Mean intoxication
Constante	1.000	0.204**	0.009	0.070	0.116**	-0.074	0.054	-0.012
MH Contact 3 m. before	0.204**	1.000	-0.437**	0.215**	0.001	0.085	0.094*	0.012
Profile service use	0.009	-0.437**	1.000	0.020	-0.010	-0.047	-0.039	-0.094*
Diagnosis schizophrenia	0.070	0.215**	0.020	1.000	-0.066	0.011	0.080	-0.123**
Gender women	0.116**	0.001	-0.010	-0.066	1.000	-0.125**	-0.080	0.216**
Age	-0.074	0.085	-0.047	0.011	-0.125**	1.000	0.016	0.042
Comorbidity Yes	0.054	0.094*	-0.039	0.080	-0.080	0.016	1.000	0.130**
Mean Intoxication	-0.012	0.012	-0.094*	-0.123**	0.216**	0.042	0.130**	1.000

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

