

Conférence de Monique Séguin - Etude des trajectoires de vies des personnes suicidaires

13 janvier 2014, HUG, conférence organisée par le CEPS



Monique Séguin

Monique Séguin, Ph.D., est spécialiste de la prévention du suicide et du deuil. Elle collabore au Groupe McGill d'études sur le suicide, et est aussi membre d'une expertise collective sur le suicide, dirigée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en France. Professeure au département de psychologie et psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

monique.seguin@uqo.ca

Les chercheurs en suicidologie ont beaucoup étudié les facteurs de risque suicidaire, qui sont extrêmement nombreux. Des modèles ont tenté de montrer comment ces différents facteurs s'influençaient au cours d'une vie. Ces modèles sont extrêmement complexes et mettent en liens des vulnérabilités biologiques ou génétiques, des événements de vie et l'environnement dans lequel une personne se développe. Le modèle de Gunnell et Lewis (2005) met en valeur l'environnement, avec des variables importantes (abus, pertes parentales, bébés de petite taille). Ces événements ont des effets tout au long du développement de l'enfant, qui peut développer des réactions impulsives, des difficultés de régulation émotionnelle ce qui impacte le développement de troubles de santé mentale et de vulnérabilités. Ce modèle théorique explique qu'au delà de la crise ou des épisodes de crise suicidaires, il existe *des événements de vie*.

(insérer schémas)

Question centrale à l'étude sur laquelle travaille Monique Séguin :

Toutes les personnes suicidaires ont-elles des parcours de vie semblables ? Ou existe-il des sous-groupes qui ont des parcours particuliers ? Des facteurs de risque différents peuvent-ils engendrer les mêmes parcours ? Y a-t-il un profil suicidaire ou des profils suicidaires ?

→ Il existe 2 grandes trajectoires / types de parcours observés (cf. étude ci-dessous):

1) Difficultés de **développements familiaux**. La famille ne représente par un milieu de protection et de bienveillance pour les enfants. La vie « commence mal ».

2) **Difficultés d'adaptations individuelles**, arrivent plus tard et se renforcent.

→ Les facteurs de risque ne sont pas les mêmes pour ces deux trajectoires (ce qui doit être pris en compte par la prévention).



Etude Suicide vs. Age : trajectoires de vie des personnes suicidées du New Brunswick, Canada.

Etude intéressante car quasi exhaustive : toutes les personnes suicidées au Nouveau Brunswick ont été prises en compte.

Méthode : partenariat depuis 20 ans avec le bureau du coroner (institution à mi-chemin entre le juge d'instruction et le médecin légiste), qui transmet les dossiers de suicide. Accès via le registre au nom des proches connaissant bien la personne décédée par suicide, contactés pour l'étude. 70-80% de réponses positives. Etude : 2 entretiens de 2-3h pour retracer l'histoire de vie de la personne décédée par suicide. Outils : calendriers de vie pour recueillir les données (endroit de résidence, difficultés relation parents-enfant (nature, durée, séquences etc.), vie académique et professionnelle, vie sociale, protection, recherche de service, pertes séparations etc.), repérer les difficultés qui peuvent être persistantes et se cumulent au sein de plusieurs sphères à la fois. Evaluation de troubles de santé mentale et des soins recherchés et reçus. Chaque cas est analysé individuellement. But : évaluer les événements ou contextes difficiles et regrouper ceux-ci dans un indicateur : le « fardeau d'adversité » pour modéliser des trajectoires de vie.

Le modèle montre **4 sous-groupes de trajectoires de vie** parmi cet ensemble de personnes décédées au New Brunswick :

1. Trajectoires associées à des difficultés de développements familiaux et des « fardeaux d'adversité » lourds (45%) :

A. *La vie commence difficilement, et ne fait qu'empirer.* Fardeau d'adversité extrêmement sévère. 80% de ce groupe avaient été victimes de situations d'abus, de violences etc., pendant les 10-15 premières années de leur vie. Trajectoires qui s'aggravent, difficultés scolaires, académiques : de nombreuses tentatives dans ce sous-groupe. Au moment du décès (suicide) : 100% avaient des troubles mentaux (stress post-trauma, anxiété, troubles de la personnalité etc.). Ce sous-groupe représente 20% de la population étudiée

B. *La vie commence difficilement, ça s'arrange en quittant la famille puis les difficultés reviennent.* 85% de ce groupe ont eu une adversité sévère pendant leur enfance. Mais les personnes de ce sous-groupe sont sorties du milieu familial (ont fui, été placés ou se sont fait mettre à la porte). Le milieu familial était probablement tellement vulnérable qu'incapable de protection. Entre 15 et 25 ans, le fardeau de l'adversité devient moins important. Les personnes se sont trouvées elles-mêmes un certain niveau de protection : petit emploi avec petit salaire, réseau social. L'emploi peut être protecteur et les distinguer des autres jeunes sans autonomie financière. Mais vers en avançant en âge, le petit emploi n'est plus un facteur de protection. Les périodes de résilience peuvent durer plus ou moins longtemps, mais autour de la trentaine, les exigences de la vie amènent d'autres fardeaux qui impactent la santé mentale. Dans ce sous-groupe, moins de troubles de la santé mentale. Env. 25% de la population étudiée

2. Trajectoires associées à des difficultés d'adaptations individuelles et des « fardeaux d'adversité » plus légers (55%) :

C. *Une adversité plus tardive liée à la consommation (alcool, drogues).* Sous-groupe où la vie familiale/enfance est correcte et le fardeau d'adversité léger. Pas non plus de difficultés dans le développement. Dans les deux autres groupes, les difficultés individuelles étaient liées aux difficultés familiales. Ici, il existe un « parcours de consommation » (dépendance), souvent lié à des difficultés lors de l'adolescence, troubles de l'humeur, etc. Dans la vie adulte, le profil classique est celui d'un homme marié, en emploi mais avec des troubles de l'humeur (pas toujours diagnostiqués), qui consommaient beaucoup et qui se sont suicidés



dans un moment de rupture, d'événement de vie important (divorce, décès). 45% de la population étudiée

D. *Les suicides inexplicables*. Personnes sans histoires, qui semblaient avoir eu une vie ordinaire. Absence de facteurs de risque. Enigme. Seul indice : on retrouve souvent dans l'histoire de ces personnes un événement d'humiliation publique (pas nécessairement grave), quelques heures/jours avant le suicide, il y a sans doute des vulnérabilités cachées/profondes. 10% de la population étudiée

Etude trajectoires de vie des jeunes suicidés à Montréal

Etude en cours portant sur 214 personnes suicidés de 14 à 24 ans dans l'aire urbaine de Montréal. Comparaison entre les trajectoires de vie des adolescents décédés par suicide et d'un groupe témoin représentant la population générale (modélisation).

Mêmes résultats que pour les autres études / mêmes genres de trajectoires :

- 60% avec taux d'adversité complexe, trajectoire compliquée etc.
- 40% avec trajectoire pas si complexe.

Groupe témoin : trajectoires de vie qui commencent avec une vie relativement simple, ensuite légère baisse vers 15-19ans (adversité augmente à l'adolescence) et remonte vers 20 ans. Le groupe témoin abrite une population variée, dont 8 à 12% d'individus avec des troubles de santé mentale. On constate qu'après la vingtaine, les individus vont relativement bien (en moyenne).

Groupe des individus décédés par suicide : commencent pas tous avec un fardeau plus grand mais plus ils grandissent, plus ils cumulent des difficultés complexes, qui augmentent jusqu'au moment du suicide, d'où l'importance d'une identification précoce des parcours de vie et la nécessité de proposer des *interventions d'intensité élevée* à ces jeunes qui vont plus mal que les autres.

Analyse : au sein de la population générale, les individus pourront contenir les difficultés grâce au soutien d'amis, famille etc. Pour les autres, plus ils avancent en âge, plus le niveau de complexité dans toutes les sphères augmentent.

→ *Entre 10 et 20% des jeunes qui ont 18 ans vont avoir des difficultés extrêmement importantes. Difficulté : comment identifier de façon précoce les jeunes qui auront besoin d'intervention d'intensité élevée ?*

Des facteurs de risque et des prises en charge différentes selon les trajectoires

Variables qui expliquent les problèmes de développement (trajectoire I):

- abus (physiques, sexuels) et violences qui entraînent des ruptures, entraînant également le suicide.
- troubles de santé mentale : isolement social : difficultés académiques (au niveau de la conduite, des performances = troubles extériorisés, tdah). Personnes qui vont vivre beaucoup d'événements de vie, qui vont « créer » plus de difficultés avec les autres. Spirale. Cercle extrêmement difficile avec adversité qui s'accroît.
- Consommation d'alcool chez les parents entraîne consommation d'alcool chez les enfants, très tôt.
- Violence psychologique sur un long terme.



→ Toutes ces variables expliquent la trajectoire de « la forte adversité » (60%). Les difficultés de la prévention sont de l'ordre du traitement (trouver le traitement adéquat pour des personnes cumulant beaucoup de difficultés) et liés à la difficulté de ces personnes à s'engager dans des traitements.

Variables qui expliquent les difficultés d'adaptation individuelles et les difficultés qui émergent plus tard (trajectoire 2):

- Cumul et « déclin » : personnes qui vivent moins d'adversité, sauf lors des dernières années
- Déclin moins abrupte donc moins observé/pas pris en compte
- Ruptures dans la vie, brisures.
- Cette population consulte moins ou aborde moins les difficultés lorsqu'ils consultent (difficultés mieux « cachées ». Il est donc plus difficile d'identifier les risques au sein de ce groupe.

→ Des questions-clé pour la prévention : Comment mieux identifier ces sous-groupes ? Ont-ils des vulnérabilités à l'adolescence ? Comment intervenir de façon plus précoce pour modifier les trajectoires de vie ? Quand intervenir ? A quelle période ? Faut-il s'adresser à tous pour toucher ceux qu'on ne repère pas ? Faut-il axer la prévention sur la consommation de drogue et d'alcool ?

Autres aspects abordés pendant la conférence :

- ◆ Suicide plus fréquent chez les hommes que chez les femmes
- ◆ **Taux de tentatives plus élevé chez les femmes ?** c'est ce que montrent les chiffres mais il y a un biais car les femmes vont plus facilement consulter après une tentative. En réalité, taux de tentatives pourrait être plus ou moins similaires entre les hommes et les femmes, ou du moins plus important chez les hommes que ce que les statistiques montrent.
- ◆ Les **facteurs de risque dans l'enfance (distaux) sont moins connus** que les facteurs juste avant le suicide (proximaux)
- ◆ Recherche génétique / biologique : importance du **rôle de la sérotonine** et de la susceptibilité génétique (jumeaux)
- ◆ **Adversité précoce** : psychopathologie parentale. Parents vulnérables qui peuvent être moins protecteurs à l'égard de leur enfant. Discordes, conflits familiaux. Négligences, abus sexuels, violence.
- ◆ **Facteurs de risque** au cours de la vie adulte : **troubles mentaux** (90% des personnes décédées par suicide ont des troubles mentaux au moment du décès, 70% troubles affectifs, 20-30% troubles anxieux, 40% troubles de personnalités). **Absence de liens** affectifs. **Evénements** de vie négatifs.
- ◆ Traits de personnalité et styles cognitifs prévalent chez les personnes suicidées : difficultés d'estime de soi, faible sentiment de contrôle
- ◆ **Facteurs de protection** : estime de soi, image de soi positive, soutien social positif, expériences académiques positives // expériences de protection.

