



Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Avis

sur

Le suicide et la toxicomanie

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-33626-7
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Troisième trimestre 1998

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Le suicide et la toxicomanie

Avis

**du
Comité permanent
de lutte à la toxicomanie**

au

Ministre de la Santé et des Services sociaux

Septembre 1998

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements

Avant-propos

1 – Portrait de la situation6

1.1 Les données épidémiologiques

1.2 Les observations faites par les informateurs clés

2 – Quelques éléments de compréhension de la dynamique "Toxicomanie / Suicide"9

2.1 Les facteurs de risque tels qu'identifiés dans la littérature

2.2 Les facteurs explicatifs issus de la littérature

2.3 Les commentaires formulés par les informateurs clés

3 – Principaux enjeux et pistes de réflexion.....10

4 – Recommandations.....14

Conclusion.....16

ANNEXE 1

Liste des membres actuels du Comité permanent de lutte à la toxicomanie.....17

ANNEXE 2

Liste des participants à la rencontre d'échange tenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie en juin 199818

Remerciements

Les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT^{*}) tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur précieuse contribution à la préparation du présent avis :

Monsieur Michel Tousignant pour la réalisation de l'étude sur l'association entre le suicide et la toxicomanie, commandée par le CPLT au printemps 1997, et pour sa participation active à la rencontre d'experts, décideurs et intervenants, tenue sur ce thème en juin 1998;

Madame Tyna Payette, co-auteure avec Monsieur Michel Tousignant, du rapport publié par le CPLT et intitulé *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés* ;

les experts, décideurs et intervenants dont les noms apparaissent à l'annexe 2 et qui ont généreusement accepté de participer à la rencontre d'échange qui a servi de base à la préparation de l'Avis;

Madame Jocelyne Forget, directrice générale du CPLT, qui a rédigé l'Avis;

Madame Jocelyne Deguire-Rioux, qui a effectué la mise en page de l'Avis.

Avant-propos

Le mandat du Comité permanent consiste à la fois à fournir un portrait global de l'ensemble de la situation qui prévaut au Québec en matière de toxicomanie et à mettre en lumière, de façon plus spécifique, des aspects ou des facettes de la problématique qui commandent des actions particulières.

Au cours des deux dernières années, le Comité s'est particulièrement efforcé de démontrer l'ampleur des méfaits liés à l'usage et à l'abus de psychotropes et il a mis en lumière un certain nombre de problématiques directement associées à la toxicomanie. Parmi ces problématiques associées figure le suicide.

Au printemps 1997, le CPLT commandait une étude visant à mieux documenter l'association entre ces deux problèmes sociaux majeurs. En octobre 1997, les résultats de cette étude, réalisée par Monsieur Michel Tousignant et Madame Tyna Payette, étaient publiés et diffusés.

Dans la même période, le MSSS annonçait la publication imminente d'une *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Jugeant plus approprié de prendre d'abord connaissance du contenu de ce document avant de préparer son *Avis* au ministre, le CPLT a donc reporté de quelques mois les dernières étapes du processus.

La *Stratégie* ministérielle ayant été publiée en février 1998, le CPLT a d'abord adressé une lettre au ministre Rochon, en vue de l'inciter à aller au-delà des orientations très générales contenues dans la *Stratégie* et de lui souligner l'importance d'adopter des mesures plus spécifiques, ciblant prioritairement les groupes les plus à risque. Or, les personnes qui abusent de substances psychoactives (qu'il s'agisse de dépendance, d'abus répétitifs ou d'intoxications ponctuelles) constituent l'un des groupes clairement identifiés comme les plus à risque. Le CPLT a donc souligné au ministre qu'il était impératif d'adopter des mesures concrètes visant ces personnes, leur entourage, ainsi que les intervenants déjà en contact avec ces clientèles. Le Comité a aussi insisté pour que des mesures visent tout particulièrement les individus qui cumulent à la fois des problèmes d'abus de substances et des problèmes psychiatriques.

Ces messages ayant été transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux, le CPLT entreprend maintenant de dégager à l'intention de ce dernier les pistes d'action qui apparaissent les plus prometteuses en ce qui a trait à ces groupes cibles.

Le contenu du présent Avis repose à la fois sur les données colligées par Monsieur Tousignant et Madame Payette, sur les commentaires formulés par la quinzaine d'informateurs clés réunis autour de la présidente et de la directrice générale du CPLT, Mesdames Louise Nadeau et Jocelyne Forget, en juin 1998, et sur les opinions des membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

1 – Portrait de la situation

1.1 Les données épidémiologiques¹

- Au Québec, le suicide n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies.
- Depuis 1990, particulièrement, une nouvelle tendance à la hausse est observée.
- En 1995, 1 442 Québécoises et Québécois se sont enlevés la vie, ce qui représente un taux de 19,5 pour 100 000 personnes².
- De plus, pour chaque décès par suicide, il y a un nombre important de tentatives de suicide, ce qui rend la situation encore plus alarmante.
- Les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes, mais les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans³.
- **Les troubles liés aux substances psychoactives sont présents dans les cas de suicide dans une proportion** variant entre 30 et 50 % selon les études; ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë, ni les troubles liés aux médicaments psychotropes, ce qui ferait sûrement augmenter la proportion **au-delà du 50 %**.
- **Chez les alcooliques**, le taux annuel de suicide au Québec est d'environ 140 par 100 000; en comparaison, ce taux est de 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique.
- **La comorbidité** est très élevée chez les alcooliques qui se suicident. Entre la moitié et les trois quarts ont un trouble dépressif et la moitié ont au moins un trouble de personnalité. La comorbidité alcoolisme et problèmes psychiatriques est un facteur qui augmente le risque de suicide.
- Enfin, les personnes hospitalisées pour **dépendance à des psychotropes prescrits** sont à très haut risque de suicide lors de la période subséquente : elles présentent 30 à 50 fois plus de risque de se suicider que le taux prévu par les statistiques du suicide. Notons aussi que 80 % de ces mêmes personnes souffrent également d'alcoolisme et 40 % abusent de drogues illégales, ceci autant chez les hommes que chez les femmes.

¹ Sauf spécification, les données contenues dans cette partie du texte sont issues du rapport intitulé *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes interreliés*, publié par le CPLT en octobre 1997.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

1.2 Les observations faites par les informateurs clés⁴

➤ Concernant les caractéristiques de la clientèle

- Dans tous les milieux d'intervention, on observe un alourdissement de la clientèle en raison de la présence en très grand nombre des problématiques multiples. Les individus cumulent des problèmes de toxicomanie, de santé mentale, de santé physique (tels : MTS, hépatites, VIH), de violence, de délinquance, de judiciarisation, de tendances suicidaires.
- Qu'il s'agisse des jeunes de la rue rencontrés par les intervenants communautaires, des jeunes en difficulté desservis par les Centres Jeunesse ou des jeunes référés pour un suivi en milieu scolaire, les problèmes de toxicomanie et les tendances suicidaires sont très présents. Dans l'ensemble de la clientèle desservie par les centres de réadaptation en toxicomanie, on observe aussi une omniprésence de pensées suicidaires; les risques de passage à l'acte sont considérés comme très élevés au sein de cette clientèle.
- On observe également, chez les diverses clientèles en difficulté, des phénomènes importants d'automutilation ou d'autodestruction. On se suicide à petit feu ou on tente de déplacer la souffrance, de la transposer du plan psychique au plan physique. On note particulièrement chez les femmes toxicomanes un fort taux d'autodestruction. Par exemple, une proportion importante de femmes UDI (utilisatrices de drogues par injection) prostituées se protègent peu; plusieurs sont atteintes d'hépatites ou sont séropositives; elles prennent des risques, elles détériorent leur santé, souvent de façon consciente. Les jeunes aussi prennent beaucoup de risques et bon nombre d'entre eux sont conscients de mettre leur vie en danger (ex. : conduite en état d'ébriété, pratiques sexuelles à risque, consommation "à risque" de substances illicites). L'anorexie est également mentionnée comme une façon de s'autodétruire ou de se laisser mourir à petit feu.
- Enfin, il apparaît que les hommes ou les garçons consultent moins que les femmes ou les filles pour leur détresse psychologique ou pour leurs tendances suicidaires. Ils consultent lorsqu'ils sont rendus à l'extrême ou lorsqu'ils sont forcés de le faire (ex. : suite à une arrestation). Par ailleurs, on note aussi que beaucoup d'hommes menacent de se suicider alors qu'ils sont en état d'intoxication.

➤ Concernant les services existants

- Dans la plupart des milieux d'intervention auprès des clientèles en difficulté, les risques suicidaires sont devenus plus présents dans les préoccupations des intervenants. Par ailleurs, bon nombre parmi ces derniers se sentent démunis ou peu habilités à bien évaluer le risque réel de passage à l'acte, au-delà des

⁴ Nous référons ici à la rencontre de consultation de juin 1998.

verbalisations ou des menaces. Particulièrement lorsqu'il y a aussi un problème de toxicomanie, il devient difficile, voire impossible, de départager ce qui est lié à l'effet de la substance (état d'intoxication ou effet de sevrage) et ce qui est véritablement un état dépressif ou un désir plus profond d'en finir (mourir ou cesser de souffrir).

- Compte tenu de la multiplicité et de la complexité des problèmes chez un même individu, les intervenants se demandent souvent sur quoi mettre le focus, par quoi commencer, sur quels aspects il est approprié d'intervenir soi-même, où et quand il est préférable de référer. Les "cas purs" n'existent pratiquement plus et, dès que les intervenants doivent aller au-delà de leur expertise, ils se sentent inconfortables.
- Tant les intervenants que les gestionnaires veulent éviter le "dumping", les "joutes de ping-pong", le "syndrome de la porte tournante", mais dans les faits, il y a des clients qui se retrouvent "entre deux chaises", des clients qui sont "exclus" de certains services. Particulièrement, lorsque des individus se présentent en état d'intoxication dans certains services (ex. : urgence des hôpitaux, organismes de prévention du suicide) ou qu'ils sont évalués comme toxicomanes dans certains milieux d'intervention (ex. : en psychiatrie), on a souvent tendance à les exclure ou à les référer ailleurs, alléguant qu'ils doivent d'abord "dégriser" ou régler leur problème de toxicomanie avant de bénéficier des services relatifs à leur(s) autre(s) problème(s). Très souvent, il ne s'agit pas de mauvaise volonté, mais d'une réelle incapacité de répondre aux besoins de la personne, dans le cadre de l'organisation de services en place; ou encore, il s'agit d'une méconnaissance de la problématique de toxicomanie et de la nécessité de traiter les problèmes de front (simultanément). Souvent, aussi, on a des préjugés face à des problèmes comme la toxicomanie et on n'intervient pas de façon appropriée, contribuant même parfois à l'aggravation de la situation et au risque de suicide, par exemple, par le rejet de la personne considérée "dérangante".
- Il y a un besoin important de formation, à la fois sur la problématique de toxicomanie et sur celle du suicide. Même les intervenants avec beaucoup d'expérience sur une de ces dimensions requièrent de la formation sur les autres dimensions. On devrait être en mesure de traiter les différents problèmes sans devoir renvoyer les clients d'un réseau à l'autre. Par ailleurs, certains soulignent aussi que, dans certains milieux (ex. : avec les clientèles jeunesse), les intervenants sont très sollicités et il y a des limites à vouloir les former sur toutes les problématiques. En fait, ils ne peuvent pas être habilités à tout traiter eux-mêmes et la meilleure avenue est alors davantage la collaboration entre intervenants possédant des expertises complémentaires.

2 – Quelques éléments de compréhension de la dynamique "Toxicomanie / Suicide"

2.1 Les facteurs de risque tels qu'identifiés dans la littérature⁵

- La personne qui abuse de substances psychoactives est plus vulnérable à une **perte affective** ou à un problème professionnel pouvant servir d'agent déclencheur du suicide. Ainsi, le bris d'un lien affectif dans les six semaines précédant le suicide est plus fréquent chez ceux qui ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogues, particulièrement chez les moins de 30 ans. Chez les 13-19 ans, il y a une présence plus grande de séparations interpersonnelles au cours du dernier mois de la vie, chez ceux qui abusent d'alcool. Il y a également un plus fort pourcentage de **chômage**, de **problèmes avec la loi** et de **problèmes financiers** dans ce dernier groupe. La **violence familiale** au cours de l'enfance est aussi beaucoup plus fréquente (57 % vs 15 %). Les jeunes qui se suicident et qui consomment des drogues illégales sont aussi plus sensibles aux pertes et se retrouvent plus souvent en état de **dépression**. S'ajoutent aussi comme facteurs de risque pour ce groupe, les problèmes avec la loi et la **disponibilité d'une arme au foyer**.
- La **combinaison alcoolisme et état de dépression** pourrait faciliter l'émergence d'éléments suicidaires tels le sentiment de solitude, l'état de désespoir, la pensée obsessionnelle ou rumination d'idées noires et le retrait social.

2.2 Les facteurs explicatifs issus de la littérature⁶

Trois explications possibles sont retenues pour clarifier le lien entre la consommation de substances psychoactives et le suicide :

- L'utilisation des substances sert à désinhiber les comportements agressifs et conduit à des suicides impulsifs qui seraient évités si la personne n'avait pas consommé peu avant son décès.
- Les substances deviennent les seuls moyens de faire face aux problèmes, soit comme médication, soit comme déni; après un usage chronique, le consommateur ne peut plus faire face à la réalité extérieure ou à sa souffrance intérieure.
- Le suicide de l'alcoolique (ou de la personne dépendante à d'autres drogues) est médiatisé par l'établissement d'un état dépressogène.

⁵ Nous reprenons ici intégralement une partie des faits saillants dégagés du rapport de Tousignant et Payette (1997) ci-haut mentionné.

⁶ Nous reprenons ici intégralement une partie des faits saillants dégagés du rapport de Tousignant et Payette (1997) ci-haut mentionné.

2.3 Les commentaires formulés par les informateurs clés⁷

- On note que les suicides (ou les tentatives de suicide) sont souvent liés à des pertes, à des ruptures, à de l'isolement ou à de l'exclusion.
- On souligne particulièrement, chez les jeunes, un cumul de problèmes de surconsommation, d'isolement, d'estime de soi très pauvre, d'absence de projet de vie, de défis, d'idéaux. Ces jeunes vivent beaucoup de souffrance; ils sont désabusés; ils passent rapidement de la consommation à la surconsommation et ils deviennent vite à haut risque de suicide. Qu'il s'agisse d'une surconsommation de substances psychoactives ou de gestes suicidaires, la motivation première demeure une recherche de moyens pour arrêter de souffrir.
- On note également un taux élevé de suicide chez les hommes qui se séparent ou qui divorcent et il semble aussi que ce soit souvent lié à une présence de violence conjugale.
- On souligne enfin que dans certaines régions qui sont des lieux de chasse (ex. : l'Abitibi-Témiscamingue qui a le taux de suicide le plus élevé au Québec), la combinaison – isolement, consommation d'alcool, présence d'armes à feu dans les maisons – constitue un cocktail particulièrement explosif.

3 – Principaux enjeux et pistes de réflexion

- **En ce qui concerne les jeunes**, la perte de sens est au cœur de leurs problèmes : il faut donc **les aider à redonner un sens à leur vie**. Il faut créer, développer des lieux d'attachement pour eux; leur fournir des endroits où exprimer, où partager leur souffrance, leur différence; les sortir de leur isolement, les aider à se construire un réseau de relations; faire en sorte qu'ils aient des personnes significatives à qui parler (pairs et adultes). Ce sont là les besoins que bon nombre de jeunes expriment eux-mêmes.
- Tant pour les adultes que pour les jeunes, tant en milieu de travail qu'en milieu scolaire, **des solutions alternatives à l'exclusion** doivent être trouvées lorsque des individus présentent des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives. Trop de milieux, qui devraient en fait être partie prenante à un contrat social visant le soutien à l'intégration de tous les individus, sont essentiellement centrés sur des objectifs de productivité et ils participent d'une certaine façon au développement des problèmes de toxicomanie, de décrochage scolaire, de santé mentale et, ultimement, de suicide.

⁷ Nous référons ici à la rencontre de consultation de juin 1998.

- Compte tenu de la multiplicité et de la complexité des problématiques au sein des clientèles visées, la nécessité de créer des liens et d'assumer une plus grande convergence des interventions entre les différents réseaux se fait de plus en plus sentir. Les connaissances et les expertises doivent être **mises en commun**; les **collaborations** doivent s'établir et se consolider. De nouvelles façons de faire doivent être développées et ce n'est qu'en additionnant les énergies et les moyens, qu'en confirmant les expertises acquises, que l'on y parviendra. Le leitmotiv doit être "**faire ensemble**". Chaque intervenant doit désormais éviter de travailler seul, il doit s'enrichir des connaissances de ses partenaires et participer, en collaboration, à une recherche de nouvelles façons d'intervenir. Les collaborations doivent s'établir entre intervenants, dans le cas par cas⁸⁸, et également entre les ressources par le biais d'ententes formelles. Des solutions existent aussi à l'extérieur des structures, mais avec la participation des gens qui font partie des structures. Ainsi, il existe déjà certaines tables de **concertation** dont il y aurait lieu de s'inspirer, puisqu'elles ont un impact positif, qu'elles assurent la coordination des actions, en permettant d'abord un partage des préoccupations et en favorisant ensuite une répartition des responsabilités sur la base des moyens disponibles. On note qu'il y a même possibilité d'incorporer une table de concertation (c'est le cas de celle de Villeray-Petite Patrie), afin de lui assurer une relative indépendance. Certains projets de concertation spécifiques, réunissant quelques partenaires clés, constituent également des histoires à succès desquelles s'inspirer (ex. : le programme Jessie du Centre Dollard-Cormier).
- La multiplicité et la complexité des problématiques fait aussi en sorte qu'il faille pousser la **recherche** davantage pour bien identifier les besoins des clientèles et trouver les approches les mieux appropriées et les plus efficaces. Il faut aussi promouvoir **l'expérimentation** des nouvelles méthodes d'intervention et le développement de nouveaux outils (ex. : grille d'intervention du risque de passage à l'acte suicidaire au sein de certaines clientèles). Des études supplémentaires devraient être menées notamment sur les toxicomanes qui consultent versus ceux qui ne consultent pas, ainsi que sur les intoxications chez les jeunes.
- On doit par ailleurs assurer **la meilleure circulation possible des connaissances**. La publication et la diffusion de rapports comme celui de Tousignant et Payette sont essentielles.
- Les intervenants du terrain, confrontés quotidiennement aux problèmes de toxicomanie et de suicide, devraient pouvoir bénéficier d'une **formation** de base leur permettant de mieux comprendre ces problèmes. Plus particulièrement, ils devraient disposer des connaissances nécessaires pour être en mesure d'identifier les indices de surconsommation et les facteurs de risques suicidaires et ils devraient être habilités à dépister les urgences suicidaires. Ces programmes de formation devraient être accessibles à tous les intervenants psychosociaux et être dispensés de façon continue. Les séances de formation devraient de plus viser à rassembler des intervenants de différents secteurs, afin de leur permettre de se connaître, de se côtoyer et d'être incités

⁸⁸ À cet égard, d'ailleurs, on s'interroge sur le fait que les Plans de services individualisés (PSI) ne soient pas mieux implantés.

à travailler ensemble sur la base de la formation reçue. Par ailleurs, des efforts particulièrement intenses devraient être faits auprès des médecins généralistes, ainsi que dans les milieux psychiatriques, pour les deux problématiques, et auprès des intervenants en toxicomanie, pour les risques suicidaires. Les milieux médicaux devraient notamment être sensibilisés davantage aux problèmes liés à la prescription de certains médicaments. Dans ces milieux, il pourrait aussi être intéressant de recruter certaines personnes à qui une formation plus approfondie pourrait être dispensée, afin qu'elles jouent un rôle de "sentinelle" (sic) et qu'elles servent de personnes ressources dans leur milieu respectif.

- Toutefois, il faut éviter de considérer **la formation** comme une panacée; ce n'est que **combinée à la concertation** qu'elle peut être véritablement rentable. Chaque intervenant ne peut aspirer à développer une expertise sur tous les aspects des problématiques multiples. Il importe d'abord et avant tout qu'il puisse dépister les problèmes, qu'il les comprenne pour les démystifier, pour savoir désamorcer certaines crises, pour savoir quand et à qui référer, et surtout pour être en mesure d'aller chercher auprès de ses partenaires l'expertise complémentaire dont il ne dispose pas.
- Le dépistage des problèmes doit aussi pouvoir "déboucher" sur **des services appropriés**. Les intervenants de première ligne se butent trop souvent à des listes d'attente chargées, à un manque de places à l'interne, à un manque de places pour un traitement à la méthadone, à des délais inacceptables qui peuvent même parfois mettre la vie des personnes en danger (en fait, quand une personne est en crise, quand elle est prête à recevoir de l'aide, quand elle présente un risque suicidaire, tout temps d'attente est inacceptable). On manque à la fois de **ressources d'urgence pour les situations de crise** (c.-à-d. : des lieux où les personnes peuvent être gardées sous observation pendant la crise) et de **ressources qui assurent un suivi après la crise** (les gens reviennent à répétition en urgence, crise après crise, parce qu'ils n'ont pas bénéficié du suivi requis). Il revient, en fait, à chaque régie régionale d'assurer sur son territoire un **continuum de services** qui permette à chaque personne aux prises avec les diverses problématiques identifiées d'avoir accès à des services appropriés. Il ne devrait pas y avoir de "trou" entre les services et les relais devraient être assurés.
- Au cours des dernières années, les compressions ont fait très mal. Les clientèles à risque ont beaucoup souffert de ces compressions. Il y a eu un effritement au niveau des mesures de prévention (ex. : abolition de postes de EPT⁹ en milieu scolaire). Les acquis se perdent. **Certaines mesures, certaines ressources, sont indispensables pour prévenir l'apparition ou l'aggravation des problèmes.** Lorsqu'elles sont insuffisantes, les clients en difficulté sont plus nombreux et leur problématiques plus lourdes. Parmi les mesures ou les ressources jugées nécessaires qui devraient en conséquence être consolidées et développées, mentionnons les EPT, les travailleurs de rue, les maisons de jeunes, les urgences des hôpitaux, les services de première ligne des CLSC, les Centres d'intervention communautaire en santé mentale (24/7), les Centres de prévention du suicide. Les organismes communautaires, notamment, devraient bénéficier d'une consolidation de leur budget : actuellement, on déplore qu'ils doivent consacrer un temps et une énergie démesurée à l'obtention de subventions pour assurer

⁹ EPT = Éducateur en prévention de la toxicomanie

leur survie. De plus, ces ressources sont placées en situation de compétition avec d'autres ressources alors qu'elles devraient travailler en collaboration.

- En prévention, compte tenu que l'état des connaissances permet d'identifier un certain nombre de **facteurs de risque communs** à diverses problématiques, il y aurait lieu de mettre davantage d'énergie sur ces facteurs et de développer une **approche globale** pour agir sur l'ensemble des facteurs et ainsi intervenir en amont des problèmes.
- Au niveau provincial, on devrait songer à mener **une campagne de sensibilisation de l'ensemble de la population** sur les facteurs de risque pour le passage à l'acte suicidaire. Chaque individu devrait être sensibilisé au fait qu'il peut jouer un rôle dans la prévention du suicide d'un proche, s'il sait reconnaître certains indicateurs de risque (ex. : un alcoolique qui vit une perte est particulièrement vulnérable; il a donc besoin de davantage de soutien de ses proches) et surtout qu'on l'amène à demander de l'aide à temps. De la même façon que les campagnes de prévention visant l'alcool au volant ont porté fruit (diminution de près de la moitié des accidents mortels sur les routes du Québec, depuis le milieu des années '80, l'alcool étant mis en cause dans 45% de ces accidents), une campagne visant la prévention du suicide, dont le nombre est devenu un phénomène socialement inacceptable, pourrait possiblement contribuer à améliorer la situation.

4 - Recommandations

Après avoir fait réaliser une recension des écrits sur le sujet et après avoir consulté un certain nombre d'informateurs clés, le **Comité permanent de lutte à la toxicomanie recommande :**

- 4.1a)** Que les MSSS et les régions régionales rendent disponibles à tous les intervenants de première ligne des programmes de formation continue en mesure de leur permettre de dépister adéquatement les problèmes de toxicomanie et les risques suicidaires qui peuvent les accompagner.
- b)** Que des efforts particulièrement intenses soient faits auprès des médecins omnipraticiens et auprès des intervenants en psychiatrie, compte tenu du risque plus élevé lorsque la personne cumule à la fois un problème de santé mentale et un problème de toxicomanie.
- c)** Que des programmes de formation plus spécifiques soient conçus à l'intention des intervenants en toxicomanie, afin qu'ils soient en mesure de mieux évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire au sein de leurs clientèles.

- 4.2** Que les régions régionales jouent un rôle actif dans le support à la concertation et au partage d'expertises. Que des moyens de soutien soient mis à la disposition des établissements et organismes qui desservent les clientèles visées, afin de les inciter à développer et à consolider diverses formes de collaboration.

- 4.3a)** Que le MSSS s'assure que chaque région régionale dispose sur son territoire d'un continuum de services qui permette à chaque personne aux prises avec des problèmes de toxicomanie et à risque suicidaire d'avoir accès aux services que sa situation exige. Que l'on trouve des solutions alternatives à l'exclusion et que l'on assure une meilleure complémentarité entre les ressources et une plus grande continuité entre les services.
- b)** Que l'on s'assure, particulièrement, que des moyens soient mis en place, en vue de renforcer le suivi des personnes déjà identifiées comme présentant un risque suicidaire élevé (ex. : les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide; les alcooliques de longue date qui sont dépressifs; les femmes qui abusent de substances psychoactives et qui présentent des problèmes de santé mentale; etc.).

- 4.4a)** Que le MSSS et les régions régionales assurent la consolidation des organismes qui agissent en amont des problèmes de toxicomanie et de risques suicidaires et qui en préviennent l'apparition ou l'aggravation.
- b)** Plus particulièrement, que les organismes communautaires qui travaillent avec des clientèles à risque en matière d'abus de psychotropes et de suicide bénéficient d'un soutien financier adéquat et continu.
- c)** Que les représentations nécessaires soient faites par le MSSS auprès du ministère de l'Éducation pour que la mesure EPT dans les écoles soit maintenue et que le suivi en soit assuré.

- 4.5a)** Que la recherche se poursuive, et même s'intensifie, auprès des groupes cibles de toxicomanes à risque suicidaire, afin de mettre au point les moyens d'intervention les mieux adaptés à leurs besoins spécifiques.
- b)** Investiguer davantage les données qui concernent les jeunes qui s'intoxiquent, sans nécessairement présenter un problème de toxicomanie, et qui posent des gestes suicidaires, afin de mieux comprendre cette réalité pour mieux la prévenir.

- 4.6** Que le MSSS conçoive et mène une campagne de sensibilisation de l'ensemble de la population sur les facteurs de risque pour le passage à l'acte suicidaire et sur le rôle préventif que chaque citoyen peut être appelé à jouer.

Conclusion

Tant les données recueillies dans l'étude commandée par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) que celles ayant servi à la préparation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* établissent clairement que les personnes présentant des problèmes reliés aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider que le reste de la population. De plus, il a aussi été clairement démontré que lorsque ces personnes cumulent, en plus, des problèmes de santé mentale, le risque augmente considérablement. Enfin, les intoxications, soit la consommation de grandes quantités par occasion chez des sujets non dépendants, sont également reconnues comme élément important souvent présent lors du passage à l'acte, surtout chez les 12-24 ans.

Dans une démarche de prévention du suicide, ces constats commandent, bien entendu, des actions spécifiques à l'endroit de ces clientèles cibles. Ces actions doivent être multiples et interpeller tous les acteurs concernés : sensibilisation, formation, partage d'expertises, consolidation des ressources existantes, concertation, recherche, expérimentation.

Certaines attitudes doivent également changer. Actuellement, il y a un certain fatalisme face à cette réalité sociale : le suicide fait partie de la vie de tous les jours et, à moins de situations très exceptionnelles (ex. : suicides collectifs ou enchaînement de suicide chez des jeunes), il ne provoque plus autant d'émoi dans l'ensemble de la population. De plus, il semble s'être développé, tant chez les intervenants professionnels que naturels, un très grand sentiment d'impuissance. Il est urgent de prendre les moyens nécessaires pour que ces attitudes changent.

N'y aurait-il pas lieu d'être aussi combatif dans la lutte à la toxicomanie et au suicide que dans la lutte au cancer et aux maladies cardiaques?

ANNEXE 1

Liste des membres actuels du Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Louise Nadeau, présidente

Lise Roy, vice-présidente

Jean Sylvestre, secrétaire

Serge Gascon, trésorier

Delfino Campanile, administrateur

ANNEXE 2

Liste des participants à la rencontre d'échange, tenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie en juin 1998

Madame Lilianne Allard, directrice générale du **Centre de prévention du suicide au Québec**

Madame Diane Arsenault, chef du programme de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie, **Centre Le Tremplin**, et présidente de la table "toxicomanie" de l'**Association des hôpitaux du Québec**

Madame Marie Caron, chef du bureau de Lévis en protection, **Centres Jeunesse Chaudière-Appalaches**

Monsieur Jean Caron, professeur-chercheur, **Université du Québec à Trois-Rivières**

Monsieur Patrice César, éducateur en prévention de la toxicomanie (EPT) en **Montréal**

Madame Joyce Chagnon, psychologue à **JEVI** (organisme de prévention du suicide chez les jeunes)

Madame Marie-Andrée Chartier, travailleuse-sociale, programme "toxicomanie santé-mentale", **Centre Dollard-Cormier**

Madame Jocelyne Forget, directrice générale du **Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)**

Madame Dorothée Leblanc, consultante

Monsieur Yvan Leclerc, agent de relations humaines (ARH), chef d'équipe pour la sous-région de Granby, **Centre de réadaptation en toxicomanie Le Virage**

Monsieur Louis Lemay, directeur adjoint de **Suicide Action Montréal**

Madame Céline Morin, coordonnatrice du **Regroupement des Maisons de Jeunes du Québec**

Madame Louise Nadeau, présidente du **Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)**

Monsieur Robert Paris, coordonnateur de **PACT de rue**, et président de l'**Association des travailleurs de rue**

Monsieur Yves Poirier, directeur général du **CLSC La Petite Patrie**

Madame Sylvaine Raymond, directrice générale de l'**Association québécoise de suicidologie**

Monsieur Michel Tousignant, professeur-chercheur à l'**Université du Québec à Montréal – LAREHS**