Document generated on 07/15/2025 3:35 p.m.

Santé mentale au Québec

L'utilisation clinique des benzodiazépines pour le traitement de l'anxiété : Où en sommes-nous?

Lynda Bélanger, Kieron O'Connor, Gilles Dupuis and André Marchand

Volume 27, Number 2, Fall 2002

Les réseaux intégrés de services

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014567ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014567ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Bélanger, L., O'Connor, K., Dupuis, G. & Marchand, A. (2002). L'utilisation clinique des benzodiazépines pour le traitement de l'anxiété : Où en sommes-nous? *Santé mentale au Québec*, *27*(2), 260–280. https://doi.org/10.7202/014567ar

Article abstract

Clinical use of Benzodiazepines for anxiety problems: Where do we stand?

This article presents an overview of the clinical use of Benzodiazepines (BZD) for anxiety problems. It presents a synthesis of the literature on potentially problematic aspects associated with long-term use and presents alternatives to BZD use in the management of anxiety. Medline searches from 1980 to 2001 were conducted. Relevant articles anterior to these dates, located through reference sections of more recent articles, were also reviewed. Conclusions: Risks and benefits of these drugs for the long-term management of anxiety problems are still not clearly established. Nevertheless, despite recommendations that BZDs should be used on a short-term basis only, an important proportion of patients continue using them on a long-term basis. It would be useful to assess how alternative anxiety management strategies are presented to patients and, if relevant, how to make them more accessible and appealing to anxious patients.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2002

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide ?

Göran Isacsson*
Alain D. Lesage**
Frédéric Grunberg***
Monique Séguin****

Cet article vise à éclairer les planificateurs en santé publique, le personnel clinique et les intervenants en prévention du suicide au Québec ainsi que les familles et le public francophone à propos de récentes études sur le traitement de la dépression comme stratégie de prévention du suicide. Les auteurs en résument les conclusions, passent en revue les méthodes et examinent les résultats dans une perspective de santé publique visant à établir une stratégie efficace de prévention. Ils soulignent que le traitement de la dépression pourrait non seulement réduire les taux de suicide mais avoir des effets importants sur la santé publique en réduisant les incapacités liées à la dépression, en plus d'avoir un impact sur les futures générations à risque. Les obstacles au développement d'une telle stratégie sont soulignés en référence spécifique à la situation du Québec.

Jusqu'à récemment, aucune stratégie nationale de prévention du suicide ne s'était avérée efficace. Or, des études faites en Suède fournissent des preuves que d'accroître le traitement de la dépression au niveau de la population est associé à une baisse significative des taux de suicide. Ces résultats, reproduits dans trois autres pays scandinaves, ont été confirmés par un groupe indépendant en Hongrie, pays qui, jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, affichait le taux le plus élevé de suicide des pays industrialisés. Certains pays européens ont déjà inclus le traitement des troubles mentaux et un meilleur accès aux soins en

* MD. Ph.D., professeur associé, Karolinska Institute et Centre Hospitalier Universitaire Huddinge, Stockholm, Suède.

** MD, M Phil, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital L.-H. Lafontaine, Montréal.

*** MD, Module de Bioéthique, Hôpital L.-H. Lafontaine, Montréal.

**** Ph. D., Laboratoire sur le suicide et deuil, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital L.-H. Lafontaine.

santé mentale comme partie intégrante des politiques de prévention du suicide ; la Grande-Bretagne s'y distingue en identifiant clairement une politique de santé publique qui vise à accroître le traitement de la dépression par les médecins généralistes et les psychiatres (Taylor et al., 1997). Mais aucune de ces stratégies ne fournissait alors de preuve fondée sur la littérature qu'une seule stratégie réduirait de façon significative le taux de suicide (Gunnel et Frankel, 1994).

Au Québec, la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998) publiée en 1998 indique un taux de suicide de 19,5 par 100 000 habitants en 1995 se traduisant par le décès de 1442 individus, soit une augmentation depuis les années soixante-dix atteignant un plateau en 1982-1983, suivie d'une nouvelle hausse depuis 1995. La politique québécoise de prévention identifie une série de mesures dont aucune ne s'adresse spécifiquement à l'accroissement du traitement de la dépression dans la population comme stratégie de prévention du suicide.

Ailleurs certaines stratégies de prévention du suicide basées sur la population ont démontré une certaine efficacité. Par exemple, au Royaume-Uni dans les années 1950, des modifications dans la composition létale du gaz domestique ont été associées à une baisse significative des taux de suicide par empoisonnement au gaz et du suicide en général, sans que l'on note un passage à d'autres méthodes de suicide.

Au cours des dernières décennies, les centres de prévention du suicide ont été au cœur des stratégies de prévention dans plusieurs pays, dont le Canada, y compris le Québec. Lester (1997) a examiné quatorze études portant sur l'impact de ces centres : sept d'entre elles indiquaient une certaine efficacité préventive, alors qu'une autre pointait vers une augmentation des suicides, alors que le restant n'a pas réussi à démontrer un effet significatif. Lester a estimé que les résultats venaient appuyer l'effet préventif des centres, mais que l'effet était de peu d'ampleur et inconsistant. Gunnel et Frankel (1994) ont abouti au même constat.

La démonstration qu'une stratégie de prévention basée sur la population est efficace dans une perspective de santé publique — doit montrer de façon convaincante que le facteur causal modifié au niveau de la population est aussi présent au niveau individuel et qu'une modification du facteur au niveau individuel peut s'effectuer efficacement. Si donc, comme dans le cas présent, le traitement de la dépression est vu comme une stratégie au niveau de la population pour réduire les taux de suicide, il faudra démontrer que :

1. Les cas de suicide sont associés à la dépression ;

2. Les cas de dépression sont associés à des risques accrus de suicide (vu comme « complication » possible du trouble) ;
3. Il existe des traitements efficaces de la dépression ;
4. La dépression est largement sous-traitée dans la population et dans les cas de suicide ;
5. Accroître le traitement de la dépression réduira les taux de suicide dans la population ;
6. Une baisse du taux de suicide se produit chez les individus soignés pour la dépression.

Résumé des études scandinaves et européennes

Contexte

L'étude présentée par le premier auteur est l'aboutissement d'une série d'autres études (Isacsson et al., 1992 ; 1994a ; 1994b ; 1996a ; 1996b ; 1997 ; 1999 ; 2000 ; Rich et Isacsson, 1997). Cette série d'études menées au début des années quatre-vingt-dix par le premier auteur en collaboration avec des collègues suédois et américains a montré ce qui suit.

Premièrement, la littérature des quatre dernières décennies, à commencer par la fameuse étude de Robins et al. en 1956-1957, démontre qu'environ 90 % des personnes qui meurent d'un suicide souffraient d'une maladie mentale, et qu'environ 50 % d'entre elles étaient atteintes de dépression majeure. Au Québec, des résultats semblables à ceux de douzaines d'études internationales ont été démontrés (Grunberg et al., 1994).

Deuxièmement, l'attention des auteurs s'est portée sur l'utilisation d'antidépresseurs, un traitement efficace de la dépression. Profitant d'une banque de données d'ordonnances disponible en Suède depuis les années 1970, ils ont été en mesure de comparer les ordonnances de ceux qui se sont suicidés ultérieurement avec celles de la population générale. Pour les années d'avant 1995, il était possible de démontrer que 10 à 12 % seulement des suicidés s'étaient fait prescrire des antidépresseurs au cours des derniers trois mois avant le suicide.

Troisièmement, ce phénomène a été confirmé par des preuves médico-légales du bureau du coroner car en Suède, 90 à 95 % des suicides font l'objet d'enquête de toxicologie légale dans un laboratoire national. On a démontré qu'en 1990-1994, sur près de 9000 cas, seulement 16 % des suicidés avaient au moins des traces d'antidépresseur au moment du décès. Des résultats similaires ont été rapportés par les

études américaines faites en 1991, 1992 et 1995 avec des échantillons sélectionnés de suicides.

Quatrièmement, il a été établi que le taux de prévalence de la dépression en Suède est d'environ 5 %, mais que peu d'individus déprimés sont reconnus et soignés dans les systèmes de soin du pays. Lorsqu'un type de traitement efficace de la dépression est considéré, nommément les antidépresseurs, moins de 20 % de la population déprimée a été traitée et parmi ces patients seulement 17 % sont demeurés en traitement six mois plus tard (avec des doses à moitié moins fortes environ que celles recommandées).

À partir de cette information, le premier auteur a proposé les projections suivantes sur la base du nombre de suicides par 100 000 personnes en Suède en 1990 (tableau 1).

Tableau 1
Compilation des données épidémiologiques en 1991

	Prenant des antidépresseurs	Ne prenant pas d'antidépresseurs	Total
Numérateur : Suicides avec dépression	120	880	1 000
Dénominateur : La population déprimée	85 000	340 000	425 000
Suicides par 100 000 personnes/année	141	259	235

Le taux de suicide était plus élevé chez la population déprimée ne prenant pas d'antidépresseur. Cette projection a suggéré que 100 suicides ont été prévenus avec le traitement d'antidépresseurs en 1990, suivant en cela une baisse naturelle du suicide dans 100 cas environ entre 1978 et 1990 en Suède. Sur cette base, le premier auteur a proposé, en 1994, l'hypothèse d'augmenter de cinq fois l'utilisation d'antidépresseurs dans la population ; ainsi 500 suicides pourraient être prévenus (une baisse de 25 %). À ce moment, l'information au sujet de l'utilisation d'antidépresseurs au niveau de la population n'était disponible qu'à partir d'échantillons démographiques de comtés, et non de la population totale. Et multiplier par cinq les ordonnances aurait exigé des

expériences difficiles à défendre tant du point de vue de l'éthique que de la faisabilité (le tournant serait majeur chez les généralistes appelés à changer leur pratique à si grande échelle).

Toutefois, même en l'absence de politique publique, l'expérience s'est faite en Suède et dans plusieurs pays européens, d'utiliser davantage les antidépresseurs. Au début des années quatre-vingt-dix, en effet, de nouvelles classes d'antidépresseurs étaient réputées avoir moins d'effets adverses ; et les stratégies de marketing des compagnies pharmaceutiques ciblaient les médecins généralistes. Il en est résulté une expérience naturelle où l'on a pu documenter une augmentation importante des ordonnances d'antidépresseurs à une baisse des taux de suicide.

Toute démonstration d'une association positive entre le traitement de la dépression et une baisse du taux de suicide au niveau de la population doit prendre en considération d'autres facteurs de risque qui pourraient être confondus avec une attribution causale de l'association. Par exemple, depuis le début du XXe siècle, les travaux d'Émile Durkheim, fondateur de la sociologie moderne, ont démontré une association entre la désintégration sociale et le suicide (Durkheim, 1897 ; Lesage, 1994). Associés à ce concept, le chômage et la consommation d'alcool ont été liés au taux de suicide, y compris dans les résultats de l'étude effectuée au Canada (Cormier et Klerman, 1985). Des facteurs de risque basés sur la population pouvant remettre en question le facteur de l'hypothèse devront donc être considérés dans toute démonstration.

Matériel et méthodes

Les données sur le suicide et le chômage ont été tirées des statistiques officielles de la Suède (en-ligne). Les données relatives à la vente d'antidépresseurs viennent de la corporation nationale des pharmacies suédoises, et celles concernant la consommation d'alcool, d'un sondage officiel des ventes enregistrées. Les données sur le suicide (statistiques nationales en-ligne) et les ventes d'antidépresseurs pouvaient être obtenues pour le Danemark et la Finlande pour la période de 1990-96 et pour la Norvège de 1990-95. Le volume des ventes d'antidépresseurs a été exprimé en dose quotidienne définie DQD (Defined Daily Doses ou DDDs). Une DQD par jour peut être jugée adéquate pour une personne, et 10 PQD par 1 000 habitants par jour sont donc tenues représenter environ 1 % de prévalence de traitement à ce jour. Vu que les antidépresseurs sont aussi prescrits pour d'autres indications que la dépression, et tenant compte du manque de fidélité aux prescriptions ou l'utilisation fréquente de doses plus élevées que le

DQD, la véritable prévalence de traitement pourrait être plus basse. Un groupe indépendant de Hongrie a rapporté utiliser une méthodologie semblable (Rihmer et al., 2001).

Résultats

Les résultats sont illustrés à la Figure 1 et les données exactes à l'Annexe 1.

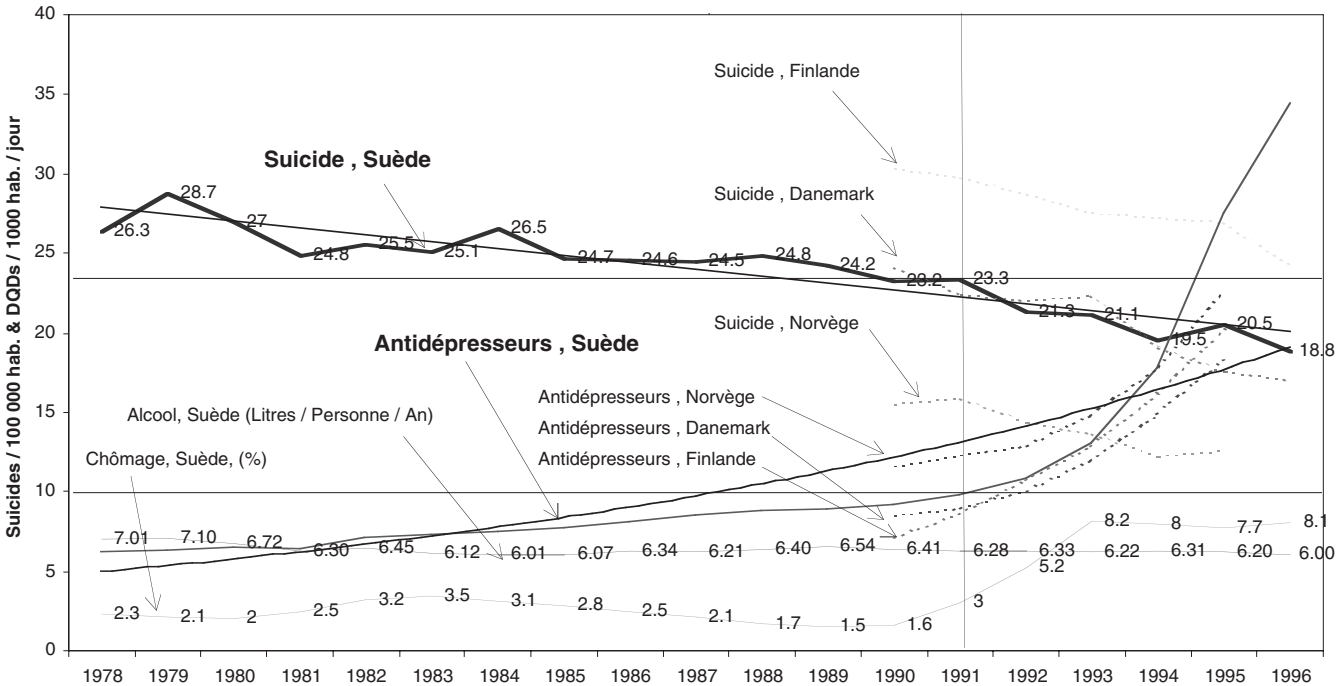
Le taux de suicide a diminué de 19 % en Suède parallèlement à une augmentation par 3,4 de l'utilisation des antidépresseurs, passant de 23,3 suicides par 100 000 habitants en 1991 à 18,8 en 1996 (rho = -0,90, $P < 0,05$). La même tendance s'est poursuivie en Suède jusqu'en 1999, dernière année pour laquelle des statistiques sont disponibles. Pour les années 1990-1996, il n'y avait pas d'autres facteurs démographiques selon l'âge, le sexe ou le comté où le taux de suicide ait diminué en l'absence d'une augmentation de l'utilisation d'antidépresseurs. Chez les femmes de moins de 30 ans et de plus de 75 ans, toutefois, et dans quatre des 23 comtés, les taux sont demeurés inchangés malgré une utilisation accrue des antidépresseurs. Les suicides chez les femmes dans ces groupes d'âge et les suicides dans ces quatre comtés constituaient 8 % et 14 % de tous les suicides en Suède au cours de cette période (ces données ne sont pas illustrées à la figure 1). Des détails supplémentaires au sujet du choix des statistiques se retrouvent dans les articles originaux.

Des données d'autres pays nordiques démontrent de façon semblable une association entre une utilisation accrue des antidépresseurs et une baisse des taux de suicide. Au Danemark, en Norvège et en Finlande, les corrélations rho étaient respectivement de -0,94, -0,87 et -1,00 pour 1990 et 1996, toutes significatives d'un point de vue statistique. La figure 1 montre qu'il n'y a pas de corrélations consistantes en Suède, entre 1978 et 1996, entre les taux de suicide et la consommation d'alcool ou entre le suicide et les taux de chômage. Au contraire, le chômage augmente de façon marquée en Suède entre 1991 et 1996, soit près de cinq fois. En même temps, en Norvège, le taux de chômage n'a pas changé (non indiqué à la figure 1).

En Hongrie, Rihmer et ses collaborateurs ont rapporté une augmentation marquée de l'utilisation d'antidépresseurs (principalement des nouveaux types comme les ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) après 1990, passant de 2,6 DQD par 100 000 personnes en 1984 à 12,0 en 1998. Cette augmentation d'environ cinq fois était associée pour la même période à une réduction du taux de suicide de 45,9 par 100 000 en 1984 à 32,1 en 1998, une baisse de plus

Figure 1

Suicide et vente d'antidépresseurs (G. Isacsson, *Acta Psychiatra Scandinavia*, 102, 2000, 113-117



de 30 % comme prévue par l'hypothèse du premier auteur. Au cours de la même période, la Hongrie traverse des perturbations sociales, politiques et économiques qui touchent aussi les autres pays communistes après la chute du mur de Berlin en 1990. Entre 1985 et 1996, la Hongrie connaît une hausse du taux de chômage (de 1,7 % à 10,9 %) et une augmentation de 25 % des estimés officiels des taux d'alcoolisme.

Discussion

Les grandes lignes

Cette série d'études démontrant que le traitement accru de la dépression dans la population est associé à une baisse du taux de suicide, constitue une percée dans la mesure où pour la première fois sont fournies des preuves qu'une politique nationale de prévention du suicide peut être efficace. Bien que des conclusions définitives ne puissent jamais être tirées d'études naturelles, aucune autre stratégie n'a montré des preuves convaincantes comparables qu'elle pouvait contrer le suicide au niveau de la population avec un tel impact.

Passons maintenant en revue la force probante des études spécifiques elles-mêmes et la démonstration générale de la dépression comme facteur causal du suicide. Nous considérerons ensuite les implications de l'adoption du traitement de la dépression comme stratégie de santé publique. Nous examinerons enfin certains des obstacles à une telle stratégie, particulièrement au Québec, en regard d'une planification nationale, de l'organisation régionale et locale des services, et de l'individu aux prises avec la dépression qui recherche une avenue de soins.

Limites des résultats

Première question méthodologique : l'association identifiée pourrait être fausse ou propre à la Suède. Les épidémiologistes nous préviennent de la possibilité de tendances séculaires pouvant être affectées par d'autres facteurs que ceux examinés ici. Cette question ne peut être écartée. La preuve, vieille d'une dizaine d'années, présentée ici pour la Suède a d'abord besoin d'être reproduite, les possibles artefacts, examinés, et les tests, effectués. Des corrélations similaires ont été trouvées non seulement en Suède mais dans trois autres pays nordiques, de même qu'en Hongrie par un groupe indépendant. Un rapport publié récemment par le bureau de recensement de la Grande-Bretagne (UK Office of Population and Census Surveys) indique pour les années quatre-vingt-dix une augmentation significative de l'utilisation d'antidépresseurs et dans la même décennie une baisse de 25 % des taux de suicide (Brugha et al., 2002 ; Yamey, 2000).

Deuxièmement, les statistiques effectuées sur les données s'appuient sur un nombre somme toute restreint d'observations, et des désaccords peuvent surgir quant à la meilleure méthode d'évaluer la force de l'association. Nous avons présenté ici toute la banque de données pour les lecteurs intéressés à procéder à des opérations des différentes statistiques. Toutefois, on doit se rappeler que les preuves ne proviennent pas d'échantillons mais de la population totale et que la baisse significative peut être vue dans la figure. En nombre, une réduction en Suède de 25 % des taux de suicide entre 1991 et 1996, soit de 23,3 à 18,8 par 100 000 dans un pays de 8,8 millions habitants (1996), représente environ 400 décès de moins par année qu'en 1991.

Troisièmement, les corrélations n'ont pas été reproduites dans des petits sous-groupes constituant moins de 15 % de la population de la Suède. Ce n'est pas surprenant car à mesure qu'on se dirige vers des plus petits groupes d'observation, le pouvoir d'analyse diminue. De plus, les taux de suicide sont influencés par de nombreux facteurs et le taux d'arrière-plan ne peut être stable partout dans un pays particulier ni à travers les pays.

Quatrièmement, des facteurs confondants au niveau de la population doivent être considérés. Cependant, la série d'études n'appuie pas de façon significative les hypothèses selon lesquelles les facteurs de risque tels que le chômage et la consommation d'alcool pourraient être responsables de la baisse des taux de suicide. Qu'en est-il des autres facteurs qui pourraient aussi être confondants ? Pour la Suède en particulier, il est difficile de croire, bien qu'on ne puisse l'exclure que des améliorations générales dans les soins aient entraîné une baisse des taux. Au contraire, le système de soin dans les années 1990 y a fait l'objet, comme au Canada et au Québec, d'un douloureux processus de coupures budgétaires. Les soins psychiatriques ont particulièrement été affectés et de plus grands risques ont été pris quand des patients potentiellement suicidaires recevaient leur congé.

D'un autre côté, il ne faut pas écarter le fait que l'augmentation et l'utilisation des antidépresseurs puissent aussi refléter d'autres aspects comme un meilleur diagnostic, un meilleur traitement pharmacologique ou non pharmacologique et de meilleurs soins de suivi, possiblement par suite de projets d'éducation efficaces. En effet, une étude suédoise à la fin des années quatre-vingt (Rutz et al., 1989) indiquait que dans la petite île de Gotland (environ 50 000 habitants), quelques jours de formation à l'intention des médecins généralistes pour le traitement de la dépression furent associés à une utilisation accrue des antidépresseurs et à une réduction des taux de suicide dans l'année qui a suivi. Toutefois,

l'effet n'a pas été observé par après, ce qui donne à penser que le soutien continu des médecins s'avère nécessaire. Le très petit échantillon a aussi empêché d'utiliser cette étude comme preuve suffisante pour accroître le traitement par antidépresseurs dans la prévention du suicide.

D'autres limites peuvent être considérées et ont été réfutées par le premier auteur (voir la discussion in Isacsson, 2000). À ce stade, on doit estimer, dans une perspective de santé publique, s'il y a suffisamment de preuves découlant de cette série d'études pour considérer que le traitement de la dépression serait une stratégie efficace de prévention du suicide.

Démonstration que le traitement de la dépression est une stratégie efficace de prévention du suicide

Considérons les six étapes décrites dans l'introduction et réexaminons la preuve pour chacune des étapes telles qu'indiquées au Tableau 2.

Tableau 2
Démonstration de l'effet potentiel d'une stratégie de prévention du suicide basée sur le traitement de la dépression dans la population : 6 étapes nécessaires

Étapes	**Preuves**	**Sources de la preuve**
Étape 1 Les cas de suicide sont associés à la dépression.	Environ 50 % des suicides complétés sont associés à la dépression majeure.	Robins et al., 1959 ; Barraclough et al., 1974 ; Clark et Horton-Deutsch, 1992 ; Grunberg et al., 1994.
Étape 2 Les cas de dépression sont associés à des risques accrus de suicide (vu comme « complication » possible du trouble).	Environ 4 % de risque de suicide parmi les personnes souffrant de dépression dans la population générale ; jusqu'à 15 % parmi les individus traités dans les soins spécialisés.	Guze, 1970 ; Tanney, 1992 ; Blair-West et al., 1997.

Étape 3 Il existe des traitements efficaces de la dépression.	70 % et plus d'efficacité a été démontré pour les antidépresseurs et pour des formes de psychothérapie : cognitive comportementale, par exemple, ou interpersonnelle.	Kennedy et al., 2001 ; Seagal et al., 2001.
Étape 4 La dépression est largement sous-traitée dans la population et dans les cas de suicide.	Peut-être 10 à 20 % (selon les pays et la période au niveau de la population) des personnes déprimées et des cas de suicides ont été traités avec des antidépresseurs.	Parikh et al., 1999 ; Henriksson et al., 2001.
Étape 5 Accroître le traitement de la dépression dans la population y réduira les taux de suicide.	L'augmentation des ordonnances d'antidépresseur dans la population a été associée à une diminution du taux de suicide dans cinq pays (Suède, Norvège, Finlande, Danemark, Hongrie).	Isacsson, 2000 ; Rihmer et al., 2001.
Étape 6 Le risque de suicide est amoindri chez les *individus* traités avec des antidépresseurs.	Les preuves sont rares (Tondo et al., 2001) et inconsistantes (Khan et al., 2000 ; Storosum et al., 2001). Au niveau de la population, l'utilisation accrue des antidépresseurs n'a pas été suivie par une augmentation proportionnelle des suicides avec toxicologie positive indiquant des traces d'antidépresseurs (Isacsson et al., 1997).	Tondo et al., 2001 ; Isacsson et al., 1997 Storosum et al., 2001 ; Khan et al., 2000.

Le tableau 2 indique une chaîne d'arguments et de preuves qui lient la dépression à un facteur causal individuel du suicide. Si ce dernier facteur est modifié par des approches efficaces de traitement, et s'il est appliqué à une large population, il serait en effet associé à une baisse du taux de suicide. Jusqu'à tout récemment, la démonstration manquait pour l'étape 5 au niveau de la population. Les données rendues disponibles en l'an 2000 ajoutent à la démonstration pour la santé publique, liant les perspectives individuelles et celles de la population : le traitement de la dépression est une stratégie efficace de prévention du suicide. Une étape finale dans la démonstration est que les individus traités pour la dépression présentent une diminution du risque de suicide. Là, les preuves sont inconsistantes ; toutefois, elles ne peuvent être tenues pour finales.

Obstacles et appuis à l'adoption du traitement de la dépression comme stratégie d'une politique nationale de prévention du suicide

Le premier obstacle pourrait être que les preuves laissent certaines questions sans réponse, comme l'indiquent les limites et les inconsistances de l'étape 6 au tableau 2. Cet obstacle peut aussi être jumelé au fait que les personnes souffrant de dépression pourraient préférer avoir recours aux psychothérapies plutôt qu'à la médication. Toutefois, il n'y a pas de raisons de croire dans une perspective de santé publique comme il est indiqué au tableau 2 que d'augmenter le traitement de la dépression en utilisant la psychothérapie ou en la combinant à la médication, n'aurait pas d'effet semblable sur les taux de suicide, dans la mesure où cela pourrait toucher un nombre suffisant de personnes dans la population qui souffre de dépression. Toutefois, il serait actuellement difficile de le démontrer vu que dans presque tous les pays industrialisés aucun registre national ne comptabilise les services et les interventions en santé mentale. Seuls des sondages répétés de la population générale atteindraient cet objectif — le sujet sera à l'ordre du jour de la recherche épidémiologique des pays industrialisés comme dans les séries d'études faites en Grande-Bretagne (Brugha et al., 2002).

D'autres considérations que la prévention du suicide ajoutent à la pertinence de traiter la dépression et faciliteront les décisions des planificateurs de la santé publique. La raison principale en est que la dépression est un trouble très répandu et dans une large mesure, non soigné avec des traitements complets : le traitement couvre de 11 à 30 % des cas (combinant psychothérapies, antidépresseurs, etc), alors que les maladies cardiovasculaires sont traitées à 70 ou 80 % (National

Advisory Mental Health Council, 1993 ; Parikh et al., 2001). La dépression est un trouble relativement répandu au Canada, soit environ 5 % de la population.

Cette maladie a progressivement été reconnue et soulignée dans un rapport de l'OMS et de l'université Harvard qui indique que la dépression est devenue la deuxième cause d'invalidité en pays industrialisé (environ 13 % de toutes les causes d'invalidité toutes maladies confondues) et y deviendrait la première au cours de la décennie (Murray et Lopez, 1997). Elle y devient l'une des causes principales de paiements d'invalidité dans l'industrie et dans le secteur public. Aux États-Unis, en 1990, son coût était estimé à 44 milliards de dollars, soit les coûts directs de l'ordre de 12 milliards, les coûts liés aux décès de 8 milliards et d'autres coûts associés à l'invalidité, de 24 milliards (Greenberg et al., 1993).

Le traitement de la dépression se traduit non seulement par des incapacités réduites pour les individus affectés, mais aussi par une plus grande productivité au travail, sans oublier qu'il peut accroître leur efficacité comme parents. Multifactorielle, la dépression inclut les vulnérabilités génétiques, les facteurs de développement et d'autres facteurs environnementaux (événements de vie, soutien social, troubles physiques). On a aussi démontré au niveau de la population que le désavantage social est associé à des risques accrus de troubles tels que la dépression (Dohrenwend et al., 1992).

Des facteurs développementaux impliquent non seulement des situations dramatiques alarmantes comme les abus physiques et sexuels ou la séparation des parents, mais aussi des déficits au niveau parental qui y sont inévitablement associés pour l'enfant vivant avec un parent souffrant de dépression (Webster-Stratton et Hammond, 1988 ; Zeanah et Zeanah, 1989 ; Weissman et al., 1987, 1997 ; Rutter, 1989 ; Andrews et al., 1990 ; Downey et al., 1990 ; Hammen et al., 1990). Sans compter qu'une vulnérabilité génétique chez l'enfant risque de créer un cycle de reproduction de la dépression au cours de la vie adulte (Rutter, 1985). Accroître le traitement de la dépression chez les parents affectés pourrait les rendre plus disponibles et mieux équipés pour protéger leurs enfants aussi à risque à leur tour.

Des obstacles spécifiques pourraient surgir lorsqu'on tente d'introduire une augmentation du traitement de la dépression. Parmi les objectifs en Grande-Bretagne se trouvait la reconnaissance des difficultés spécifiques d'accroître le traitement de la dépression par le dispensateur principal de soin de santé mentale, le médecin généraliste. On a reconnu au cours des quatre dernières décennies que :

1. Les troubles mentaux sont très répandus au sein de la population générale, entre 20 et 25 % de prévalence (principalement des troubles dépressifs, des troubles anxieux et les troubles de dépendance).
2. La majorité des personnes souffrant des troubles mentaux plus répandus tels que la dépression ne sont pas soignées.
3. La majorité des personnes traitées le sont par des médecins généralistes et une minorité seulement par des spécialistes. À Montréal, une étude effectuée au début des années quatre-vingt-dix a conclu que 4 % de la population générale rendait visite à son médecin généraliste pour des raisons de santé mentale comparé à 1,5 % pour les services psychiatriques ; mais 3 % consultaient un psychologue (Fournier et al., 1997).

Même quand les médecins généralistes dispensaient des ordonnances, une proportion importante de personnes n'avaient pas une dose adéquate ou une utilisation suffisamment prolongée (Lin et al., 1995). Le problème est aggravé du fait que la majorité de la population peut ne pas reconnaître la dépression dans les mêmes termes que les professionnels (Kovess et al., 1989). Les obstacles identifiés dans les sondages épidémiologiques pour la majorité de la population atteinte de troubles mentaux avec la plus haute prévalence sont liés à la croyance que le trouble disparaîtra de lui-même ou que l'individu atteint finira par le vaincre (Wells et al., 1994 ; Lesage, 1996).

Malgré ces obstacles et d'autres problèmes de dépistage, de reconnaissance et de traitement de la dépression par les généralistes, la majorité des pays industrialisés suivent les recommandations de l'OMS voulant que l'accroissement du traitement de troubles comme la dépression devrait s'appuyer sur les soins de santé primaires en collaboration avec les services spécialisés (Kates et al., 1999). Cette orientation implique des interventions à deux niveaux : pour les généralistes eux-mêmes, puis pour les systèmes de soins, qui doivent être davantage intégrés. Chez les médecins de famille, les stratégies visant à améliorer les capacités par des formations de type « Formation Médicale Continue » existent. On devrait les utiliser mais il se pourrait qu'elles ne suffisent pas. Le développement de systèmes de soins intégrés, avec des psychiatres travaillant de concert avec les généralistes en particulier, serait nécessaire pour soutenir les généralistes et soigner plus d'individus (Kates et al., 1999). Toutefois, les systèmes intégrés de soins impliquent d'autres questions plus générales pour les systèmes globaux de santé et de services sociaux financés par l'État comme en Suède, au Canada et au Québec.

Autres questions à considérer, en particulier au Québec

Si dans une perspective de promotion de santé publique et de prévention, le dépistage, la reconnaissance et le traitement des troubles dépressifs ont du sens à des niveaux multiples, ils peuvent aussi à d'autres points de vue se heurter à des obstacles. Ces obstacles peuvent être d'ordre idéologique et dans une certaine mesure, corporatif. Comme l'a suggéré le premier auteur, pour la Suède et comme on peut aussi le faire pour le Québec, l'augmentation du traitement de la dépression, en particulier avec une hausse de l'utilisation des antidépresseurs, pourrait être perçue comme une médicalisation d'un problème social, et aussi, comme un refus d'aborder les autres facteurs sociaux de risque de la dépression et du suicide. Plus encore, les approches psychosociales et les organisations comme les centres de prévention pourraient se sentir menacées par cette stratégie efficace de prévention.

Toutefois, lorsqu'on considère la politique de prévention du suicide du Québec de 1998 (MSSS, 1998), de tels obstacles n'existent pas, même si les priorités sont établies de façon à mettre le traitement des troubles et l'accès aux services sur un pied d'égalité avec les autres stratégies. Dans cette stratégie, il est reconnu premièrement que le suicide est un problème social qui inquiète l'ensemble des citoyens. Le suicide est présenté comme étant causé par l'interaction de multiples facteurs : individuel, environnemental, à la fois immédiat et micro-social. Parmi les facteurs individuels, les troubles mentaux sont reconnus de même que l'abus de substance, et les troubles physiques. Il est souligné que l'une des plus fortes associations identifiées en recherche est celle entre le suicide et les troubles mentaux. Le rapport ne documentait pas l'efficacité potentielle ou les inconvénients des stratégies de prévention proposées.

Son plan d'action couvrait sept dimensions :

1. Assurer un éventail complet et une coordination des services essentiels de prévention, y compris les lignes téléphoniques d'urgence (des interventions faisant partie des soins de base en relation avec les services spécialisés) ;
2. Augmenter la compétence des professionnels à la fois pour dépister et traiter les troubles mentaux ainsi que la capacité des dispensateurs de soins primaires et de services sociaux d'intervenir auprès d'individus suicidaires et de leurs familles ;
3. Intervenir auprès des groupes à risque, notamment les personnes de 20 à 55 ans, celles qui souffrent de dépendance ou qui sont aux prises avec des troubles mentaux ;

4. Les interventions de prévention et de promotion auprès des jeunes (incluant le développement des capacités personnelles et sociales ; les préventions et le suivi à l'école) ;
5. Réduire l'accès à certains moyens de suicide tels que les armes à feu, les ponts élevés, les médicaments et le monoxyde de carbone ;
6. Atténuer la dramatisation du suicide par les médias ;
7. Intensifier les efforts de recherche sur différents fronts.

Cette politique et ces stratégies sont suffisamment complètes pour inclure la stratégie démontrée comme efficace par la présente étude, sans diminuer la pertinence des autres stratégies.

Toutefois, cette présentation des stratégies et l'absence de priorités reflètent la connaissance accumulée il y a cinq ans et qui a été résumée par Taylor et al. en 1997 :

> En effet, l'éventail des influences du comportement suicidaire va au-delà des capacités d'une seule agence. Les programmes de prévention peuvent donc n'avoir que peu de bienfaits démontrables de façon isolée, et là où il y a plus d'un programme, il y a soit duplication soit antagonisme, qui mèneront tous les deux au discrédit des programmes et à leur abandon potentiel. Les stratégies devraient coordonner les interventions et faciliter la communication.

Les résultats présentés ici remettent en question les présomptions des politiques récentes dans la mesure où ils proposent une stratégie qui a par elle seule un effet important sur la prévention du suicide — il faut garder en tête toutefois qu'elle ne discrédite en rien les autres stratégies. Au Québec, la transition vers cette priorité pourrait être facilitée du fait que les troubles mentaux, rarement ou à peine abordés comme stratégie de prévention du suicide, il y a une décennie sont maintenant clairement reconnus à cet égard. On reconnaîtra aussi que tous les facteurs de risque psychosociaux de la dépression et du suicide ne sont pas remis en question par le présent article. La question posée est de savoir si une stratégie de santé publique tentant d'affecter certains ou plusieurs de ces facteurs peut effectivement être mise en pratique et montrer un effet important sur les taux de suicide — aucun pays ni aucun écrit n'ayant rapporté de tels résultats à ce jour sauf les études publiées en 2000 par le premier auteur.

Au Québec, au plan local et régional, on peut constater des barrières aux traitements efficaces de la dépression. Nous avons indiqué plus haut la difficulté d'accès aux médicaments antidépresseurs, ce qui

implique la capacité des médecins omnipraticiens de reconnaître, détecter et traiter la dépression avec efficacité. Encore une fois, cela exige le développement de réseaux locaux de soins en santé mentale où les spécialistes travaillent de concert avec les médecins de famille afin que ces derniers soient soutenus dans leur rôle. Le Conseil médical du Québec a travaillé à développer de tels modèles avec la formation de groupes de pratique de soins primaires (recommandée par la Commission Clair) en vue d'améliorer l'accès aux soins (CMQ, 2001).

L'accès à des formes de psychothérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle est aussi limité. Dans la majorité des pays industrialisés, ces formes spécifiques ne sont pas dispensées par la plupart des psychiatres ou psychologues puisqu'ils n'ont pas été formés en ce sens. Toutefois, ces professionnels requièrent à ce chapitre seulement quelques mois de formation, une priorité qui devra être considérée au niveau national. Au Québec, un atout pour ces soins est le nombre de psychologues, beaucoup plus grand que dans les autres provinces canadiennes ou dans les pays européens (Fournier et al., 1997 ; Kovess et al., 2001). Toutefois, l'accès aux psychologues et aux psychothérapies est limité comparé à l'accès aux médecins et à la médication dont l'État assure le financement. Même si près de la moitié de la population du Québec détient une assurance maladie privée et a accès aux psychothérapies, l'autre moitié doit débourser. Il s'agit d'une question d'équité sociale, car dans un système de santé et de services sociaux soutenu par les fonds publics, chaque citoyen devrait avoir accès à des formes efficaces de traitement comme la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle. On l'a démontré plus haut, il s'agit aussi d'une saine pratique de santé publique et d'un choix judicieux de politique économique et sociale.

Au niveau de l'individu comme de la population, nous avons indiqué que les obstacles principaux sont les attitudes de la majorité de la population qui n'identifierait pas la dépression comme un trouble clinique, croyant que de tels troubles vont disparaître d'eux-mêmes ou que seulement 50 % des individus traités connaîtront une amélioration de leur état (Wells et al., 1994). Les stratégies d'éducation populaire devront être établies et souligner certains faits, notamment que :

1. Plus de 60 % des gens atteints de dépression majeure en souffrent encore après un an ;
2. La durée moyenne de tels troubles peut aller jusqu'à 10 ans ; aussi ces troubles peuvent ne pas être considérés comme transitoires (Murphy et al., 2000) ;

3. Le traitement efficace existe et peut aider plus de 70 % des personnes qui reçoivent les bons soins.

Conclusion

Tous ces obstacles et les possibilités soulevés dans cet article indiquent qu'il faudra des années pour traduire les résultats dans la réalité mais que le traitement accru de la dépression dans la population est une stratégie efficace de prévention du suicide. Les enjeux sont élevés : une fois les preuves acceptées comme suffisantes, si seulement on atteint des résultats comme ceux des pays scandinaves (25 à 30 % de diminution du taux de suicide), on déplorera trois à quatre cents décès de moins par année au Québec et on en évitera des milliers au cours d'une décennie. Les résultats rapportés ici ne peuvent donc pas être ignorés et un appel est lancé pour une révision immédiate de la Politique de prévention du suicide au Québec afin de donner priorité au traitement de la dépression.

Références

ANDREWS, B., BROWN, G., CREASEY, L., 1990, Intergenerational links between psychiatric disorder in mothers and daughters : The role of parenting experience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 1115-1129.

BARRACLOUGH, D., BUNCH, J., NELSON, B., SAINSBURY, P., 1974, A hundred cases of suicide : clinical aspects, *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.

BLAIR-WEST, G. W., MELLSOP, G., EYESON-ANNAN, M., 1997, Down-rating lifetime suicide risk in major depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 259-263.

BRUGHA, T. S., BEBBINGTON, P. E., MELTZER, H., SINGLETON, N., JENKINS, R., SMITH, J., 2002, National population trends in primary care utilisation and treatment, International Federation of Psychiatric Epidemiology Congress, 13 May 2002, Edmonton, Canada.

CLARK, D. C., HORTON-DEUTSCH, L. L., 1992, Assessment in absentia : the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicide in Maris, R.W., Berman, A.L., et al., eds., *Assessment and Prediction of Suicide*, The Gilford Press, New York.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, Septembre 2001, Avis, *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, 524 K/125 pages, (ISBN 2-550-38066-5) ; disponible en ligne à http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq/

CORMIER, H. J., KLERMAN, G. L., 1985, Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec, *Social Psychiatry*, 20, 3, 109-14.

DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, B. G., SKODOL, A. E., et al., 1992, Socioeconomic status and psychiatric disorders : the causation selection Issue, *Science*, 255, 946-952.

DOWNEY, G., COYNE, J. C., 1990, Children of depressed parents : An integrative review, *Psychological Bulletin*, 10, 50-76.

DURKHEIM, E., 1897, *Le suicide*, Réédité aux Presses universitaires de France, 1973.

FOURNIER, L., LESAGE, A. D., TOUPIN, J., CYR, M., 1997, Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization : A Montreal Catchment Area Study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 737-743.

GUNNEL, D., FRANKEL, S., 1994, Prevention of suicide : aspirations and evidence, *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.

GREENBERG, P. E., STIGLIN, L. E., FINKELSTEIN, S. N., BERNDT, E. R., 1993, The economic burden of depression in 1990, *Clinical Psychiatry*, November, 54, 11, 405-18.

GRUNBERG, F., LESAGE, A. D., BOYER, R., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C., LOYER, M., 1994, Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : Psychopathologie et utilisation des services médicaux, *Santé mentale au Québec*, XIX, 2, 25-40.

GUZE, S. B., ROBINS, E., 1970, Suicide and primary affective disorders, *British Journal of Psychiatry*, 117, 437-438.

HAMMEN, C., BURGE, D., STANSBURY, K., 1990, Relationship of Mother and Child Variables to Child Outcomes in a High-Risk Sample : A Causal Modeling Analysis, *Developmental Psychology*, 26, 24-30.

HENRIKSSON, S., BOËTHIUS, G., ISACSSON, G., 2001, Suicides are seldom prescribed antidepressants : Findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985-1995, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 301-306.

Isacsson, G., Boëthius, G., Bergman, U., 1992, Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide : 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 444-448.

ISACSSON, G., HOLMGREN, P., WASSERMAN, D., BERGMAN, U., 1994a, Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden, *British Medical Journal*, 308, 506-9.

ISACSSON, G., BERGMAN, U., RICH, C. L., 1994b, Antidepressants, depression, and suicide : An analysis of the San Diego Study, *Journal of Affective Disorders*, 32, 277-286.

ISACSSON, G., BERGMAN, U., RICH, C. L., 1996a, Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives, *Journal of Affective Disorders*, 41, 1-8.

ISACSSON, G., BERGMAN, U., 1996b, Risks with citalopram in perspective, *Lancet* 348, 1033.

ISACSSON, G., HOLMGREN, P., DRUID, H., BERGMAN, U., 1997, The utilization of antidepressants — a key issue in the prevention of suicide, An analysis of 5,281 suicides in Sweden 1992-1994, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 94-100.

ISACSSON, G., BOËTHIUS, G., HENRIKSSON, S., JONES, J., BERGMAN, U., 1999, Selective serotonin reuptake inhibitors have broadened the utilisation of antidepressant treatment in accordance with recommendations, Findings from a Swedish prescription database, *Journal of Affective Disorders*, 53, 15-22.

ISACSSON, G., 2000, Suicide prevention- a medical breakthrough ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 113-117.

KATES, N., CRAVEN, M., 1999, Shared mental health care. Canadian Psychiatric Association and College of Family Physicians of Canada Joint Working Group, *Canadian Family Physician*, September, 45, 2143-4, 2147, 2159-60.

KENNEDY, S. H., LAM, R. W., COHEN, N. L., RAVINDRAN, A. V., 2001, CANMAT, Depression Work Group, Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, IV, Medications and other biological treatments, *Canadian Journal of Psychiatry*, June, 46, Suppl 1, 38S-58S.

KHAN, A., WARNER, H. A., BROWN, W. A., 2000, Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials, An analysis of the Food and Drug Adminstration database, *Archives General Psychiatry*, 57, 311-317.

KOVESS, V., MURPHY, H. B., TOUSIGNANT, M., 1989, La dépression perçue par le public et la dépression décrite par le DSM-III sont-elles les mêmes ? *Revue canadienne de psychiatri*e, 34, 9, 913-20.

KOVESS, V., LESAGE, A. D., BOISGUÉRIN, B., FOURNIER, L., LOPEZ, A., OUELLET, A., 2001, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

LESAGE, A. D., 1994, Troubles mentaux et suicide, *Santé mentale au Québec*, XIX, 2, 7-14.

LESAGE, A. D., 1996, Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, XXI, 1, 79-96.

LESTER, D., 1997, The effectiveness of suicide prevention centers : a review, *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 27, 304-310.

LIN, E. H., VON KORFF, M., KATON, W., BUSH, T., SIMON, G. E., WALKER, E., ROBINSON, P., 1995, The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy, *Medical Care*, January, 33, 1, 67-74.

MSSS — MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Gouvernement du Québec, Québec, ISBN 2-550-32480-3.

MURPHY, J. M., LAIRD, N. M., MONSON, R. R., SOBOL, A. M., LEIGHTON, A. H., 2000, Incidence of depression in the Stirling County Study : historical and comparative perspectives, *Psychological Medicine*, May, 30, 3, 505-14.

MURRAY, C. J., LOPEZ, A. D., 1997, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : global burden of disease study, *Lancet*, 349, 1498-1504.

NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCil, 1993, Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illness : Report of the National Advisory Mental Health Council, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1447-1465.

PARIKH, S. V., LESAGE, A. D., KENNEDY, S. H., GOERING, P. N., 1999, Depression in Ontario : under-treatment and factors related to antidepressant use, *Journal of Affective Disorders*, 52, 67-76.

PARIKH, S. V., Lam, R. W., 2001, CANMAT, Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden. *Canadian Journal of Psychiatry*, June, 46, Suppl 1, 13S-20S.

RICH, C. L., ISACSSON, G., 1997, Suicide and antidepressants in South Alabama : Evidence for improved treatment of depression, *Journal of Affective Disorders*, 45, 135-142.

RIHMER, ET AL., 2001, Antidepressants and suicide prevention in Hungary, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 238-239.

ROBINS, E., MURPHY, G. E., WILKINSON, R. H., GASSNER, S., 1959, Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides, *American Journal of Public Health*, 49, 888-898.

RUTTER, M., 1985, Resilience in the face of adversity, *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

RUTTER, M., 1989, Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties, in, Cicchetti, D., Carlson, V., eds., *Child Maltreatment*, New York, Cambridge University Press, 317-348.

RUTZ, W., WÅLINDER, J., EBERHARD, G., HOLMBERG, G., VON KNORRING, A. L., VON KNORRING, L., et al., 1989, An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland : background and evaluation, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 19-26.

SEAGAL, Z. V., WHITNEY, D. K., LAM, R. W., 2001, CANMAT, Depression Work Group, Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, III, Psychotherapy, *Canadian Journal of Psychiatry*, June, 46, Suppl 1, 29S-37S.

STOROSUM, J. G., ZWIETEN, B. JV., BRINK, WVD., GERSONS, B. P. R., BROCKMANS, A. W., 2001, Suicide risk in placebo-controlled studies of major depression, *American Journal of Psychiatry*, 158, 1271-1275.

TANNEY, B., 1992, Mental disorders, psychiatric patients and suicide in R. W. Maris et collection (D.S.), *Assessment and and prediction of suicide*, An official publication of the American association of suicidology, New York, the Guilford Press, 217-320.

TAYLOR, S. J., KINGDOM, D., JENKINS, R., 1997, How are nations trying to prevent suicide ? An analysis of national suicide prevention strategies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.

TONDO, L., HENNEN, J., BALDESSARINI, R. J., 2001, Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness : a meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, September, 104, 3, 163-172.

WEBSTER-STRATTON, C., HAMMOND, M., 1988, Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors and child conduct problems, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 299-315.

WEISSMAN, M., GAMMON, G. D., JOHN, K., MERIKANGAS, K. R., WARNER, V., PRUSOFF, B. A., SHOLOMSKAS, D., 1987, Children of depressed parents : Increased psychopathology and early onset of major depression, *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853.

WEISSMAN, M., WARNER, V., WICKRAMARATNE, P., MOREAU, D., OLFSON, M., 1997, Offspring of depressed parents : 10 years later, *Archives of General Psychiatry*, 54, 932-940.

WELLS, J. E., ROBINS, L. N., BUSHNELL, J. A., JAROSZ, D., OAKLEY-BROWNE, M. A., 1994, Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ) : reasons for not seeking professional help for psychological distress, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, July, 29, 4, 55-64.

YAMEY, G., 2000, Suicide rate is decreasing in England and Wales, *British Journal of Medicine*, 320-75.

ZEANAH, C. H., ZEANAH, P. D., 1989, Intergenerational transmission of maltreatment : insights from attachment theory and research, *Psychiatry*, May, 52, 2, 177-96.

ABSTRACT

Treating depression is an effective population suicide prevention strategy: recent evidence from Scandinavian studies

This article's objective is to signal to the Quebec and the francophone audience of public planners and decision makers, clinical and suicide prevention workers, staff, relatives as well as the public of these recent breakthrough findings that provides strong evidence now that increasing the treatment of depression is an effective suicide prevention strategy. The article summarizes the evidence published recently and then critically reviews the methods and if the evidence fits within a complete public health perspective demonstration of an effective suicide prevention strategy. It highlights that the treatment of depression may not only decrease suicide rates but have much more larger public health effects by decreasing the disability associated with depression and have impact on future generations at risk of depression and suicide. The obstacles to developing such nation-wide strategy of increasing the treatment of depression will be highlighted with specific reference to the situation in Quebec.

RESUMEN

Datos recientes de investigaciones escandinavas. Tratar la depresión: ¿una estragegia eficaz de prevención del suicidio?

El artículo quiere alumbrar los planificadores en salud pública, el personal clínico y los intervenantes en prevención del suicidio en Quebec asi que las familias y el público francófono sobre estudios recientes tocando el tratamiento de la depresión como estrategia de prevención del suicidio. Los autores resumen las conclusiones, pasan revista las métodas y examinan los resultados desde una perspectiva de salud pública con objeto de establecer una estrategia eficaz de

prevención. Subrayan que el tratamiento de la depresión podria no solamente reducir las tasas del suicidio pero tener efectos importantes sobre la salud pública reduciendo las incapacidades ligadas a la depresión y además tener un impacto sobre generaciones futuras a riesgo. Los obstáculos al desarrollo de tal estrategia estan subrayados con referencia específica a la situación del Québec.

RESUMO

Dados recentes de estudos escandinavos. Tratar a depressão: uma estratégia eficaz de prevenção contra o suicídio?

Este artigo visa informar os promotores em saúde pública, os funcionários clínicos e os assistentes em prevenção contra o suicídio no Quebec, e também as famílias e o público francófono a respeito dos estudos recentes sobre o tratamento da depressão como estratégia na prevenção contra o suicídio. Os autores resumem aqui as conclusões, analisam os métodos e examinam os resultados em uma perspectiva de saúde pública visando estabelecer uma estratégia eficaz de prevenção. Eles ressaltam que o tratamento da depressão poderia, não apenas diminuir a taxa de suicídio, mas ter efeitos importantes na saúde pública, reduzindo a incapacidade ligada à depressão, além de ter um impacto nas futuras gerações em risco. Os obstáculos ao desenvolvimento de tal estratégia são ressaltados fazendo referência específica à situação do Quebec.

Annexe I : données du graphique 1										
Années	Taux de suicide par 100 000 habitants				Vente d'antidépresseurs en DQD par 1 000 habitants par jour				Taux chômage (%)	Consommation alcool (litres/personnes/an)
	Suède	Finlande	Danemark	Norvège	Suède	Finlande	Danemark	Norvège	Suède	Suède
1978	26.3				6.2				2.3	7.01
1979	28.7				6.29				2.1	7.1
1980	27				6.47				2	6.72
1981	24.8				6.43				2.5	6.3
1982	25.5				7.09				3.2	6.45
1983	25.1				7.31				3.5	6.12
1984	26.5				7.46				3.1	6.01
1985	24.7				7.69				2.8	6.07
1986	24.6				8.05				2.5	6.34
1987	24.5				8.48				2.1	6.21
1988	24.8				8.8				1.7	6.4
1989	24.2				8.87				1.5	6.54
1990	23.2	30.3	24.1	15.5	9.16	7.1	8.5	11.6	1.6	6.41
1991	23.3	29.8	22.4	15.8	9.76	8.6	9	12.3	3	6.28
1992	21.3	28.8	22	14.4	10.78	10.7	10	12.9	5.2	6.33
1993	21.1	27.6	22.3	13.7	13.06	12.9	12	14.8	8.2	6.22
1994	19.5	27.3	19.1	12.2	17.78	16.1	14.9	17.8	8	6.31
1995	20.5	27	17.6	12.6	27.47	20.2	18.4	22.5	7.7	6.2
1996	18.8	24.2	17		34.4				8.1	6