

Université du Québec à Montréal

Expériences négatives vécues à l'enfance et suicidalité chez les personnes en situation
d'itinérance : étude du rôle médiateur de l'impulsivité

Thèse de spécialisation présentée à

Mme. Maryvonne Merri

Dans le cadre du cours

Activité de recherche (thèse d'honneur)

PSY-5900

Par

Évelyne Gratton

12 mai 2020

Table des matières

Résumé.....	3
Introduction.....	4
Cadre conceptuel.....	5
Méthodologie.....	7
Devis expérimental.....	7
Participants.....	7
Mesures.....	9
Impulsivité.....	9
Expériences négatives vécues à l'enfance.....	10
Suicidalité.....	10
Analyses.....	11
Résultats.....	12
Premier modèle.....	12
Deuxième modèle.....	13
Discussion.....	14
Limites.....	15
Conclusion.....	16
Annexe A.....	17
Annexe B.....	19
Annexe C.....	21
Références.....	22

Résumé

La population itinérante est vulnérable et connaît des enjeux particuliers quant aux expériences négatives vécues à l'enfance (ENE), la suicidalité et l'impulsivité. À notre connaissance, le rôle médiateur de l'impulsivité sur la relation de la suicidalité et des ENE n'a jamais été étudié dans le contexte d'une population itinérante vivant avec un trouble mental. Ainsi, l'objectif de cette étude est de déterminer si l'impulsivité a un effet médiateur sur cette relation. Pour ce faire, nous avons effectués des analyses de médiation sur deux modèles par l'entremise de régressions logistiques. Les résultats montrent que les ENE ne sont pas significativement associées ni avec la suicidalité ni avec l'impulsivité. Par contre, la relation de l'impulsivité et de la suicidalité s'est révélée être significative. Ces résultats suggèrent que l'impulsivité joue un rôle important dans la prédiction du risque suicidaire de personnes en situation d'itinérance présentant un trouble mental. Toutefois, plusieurs autres variables doivent être explorées et prises en compte avant d'en arriver à cette conclusion. De plus, il ne faut pas négliger l'effet des ENE sur la suicidalité. Une meilleure compréhension des relations dynamiques de l'impulsivité, des ENE et de la suicidalité contribuerait certainement à une meilleure prise en charge des personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble mental et présentant un risque suicidaire.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 800 000 individus mondialement décèdent chaque année par suicide (World Health Organization, 2015). Au Canada, on compte en moyenne dix personnes par jour soit environ 4 000 chaque année qui décèdent par suicide (Gouvernement du Canada, 2016). Les groupes marginalisés et hautement vulnérables, notamment en ce qui a trait à leur statut socio-économique, l'accès difficile aux soins de santé et un historique de tentatives de suicide et de troubles mentaux, ont un risque de suicide plus élevé que la population en générale (World Health Organization, 2015). C'est le cas des personnes en situation d'itinérance qui connaissent des taux élevés de troubles de santé mentale et d'abus de substance (Salit et al., 1998), y compris les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, la toxicomanie ainsi que les troubles psychotiques (Poirier, 2007). De plus, l'incidence de détresse psychologique, incluant l'idéation et les tentatives de suicide, est cinq fois plus élevée chez les personnes en situation d'itinérance que dans la population générale (Koegel, 1988; Prigerson et al., 2003).

Des études révèlent que la probabilité de commettre une tentative de suicide augmente selon le nombre d'expériences négatives vécues à l'enfance (ENE, voir définition plus loin) (Dube et al., 2001; Enns et al., 2006). Ainsi, pour chaque expérience négative additionnelle vécue à l'enfance, le risque de tentative de suicide augmenterait d'environ 60 % (Dube et al., 2001). Une méta-analyse suggère que les individus ayant vécu au moins quatre ENE sont jusqu'à 30 fois plus à risque de faire des tentatives de suicide (Hughes et al., 2017). De surcroît, plus les ENE étaient violentes et agressives, plus le risque de commettre une tentative de suicide est élevé (Bruffaerts et al., 2010; Joiner et al., 2007).

Selon une étude portant sur les ENE auprès d'une population itinérante, 87 % des participants ont rapporté avoir vécu au moins une expérience négative à l'enfance et 53 % rapportent en avoir subi quatre ou plus (Larkin & Park, 2012). Ces taux sont nettement plus élevés en comparaison à ceux de la population générale. En effet, une étude portant sur les ENE auprès du public rapporte que 52 % des participants de l'étude en auraient subi une seule alors que seulement 6 % en auraient vécu au moins quatre (Felitti et al., 1998).

Cadre conceptuel

Dans le cadre de cet article, les ENE correspondent à certains événements pouvant avoir eu un effet néfaste au développement de l'enfant. Ces expériences incluent, non seulement toute forme d'abus, de maltraitance et de négligence, mais également le divorce parental, l'exposition à la violence familiale, ainsi que les troubles de santé mentale, les troubles d'abus de substance et/ou l'incarcération d'un membre de la famille (Felitti et al., 1998).

Nous définirons ici la suicidalité comme un concept englobant l'idéation, les pensées, les comportements et les tentatives suicidaires. Les pensées suicidaires peuvent être actives, ce qui implique une planification concrète de passer à l'acte, ou passives, c'est-à-dire souhaiter mourir de manière générale (Oquendo & Mann, 2000). Les comportements suicidaires, quant à eux, sont définis comme étant autodestructeurs et sont commis avec l'intention de mettre fin à ses jours (Oquendo & Mann, 2000).

L'impulsivité sera définie comme la tendance relativement stable à réagir rapidement et de manière non planifiée à des stimuli internes ou externes, sans considération pour les conséquences négatives qu'elles pourraient avoir pour soi-même ou pour autrui (Moeller et al., 2001; Vohs & Baumeister, 2017). Selon cette conception, l'impulsivité est généralement mesurée par le biais de questionnaires autorapportés, comme le *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS) dont il sera question plus tard (Miller, 2019).

Il est généralement reconnu que l'exposition sévère et prolongée à des traumatismes à l'enfance peut modifier la trajectoire neurodéveloppementale du cerveau. En effet, la capacité du cerveau à réguler les émotions et à engager les processus inhibiteurs en serait diminuée (Braquehais et al., 2010). Ces effets neurodéveloppementaux des traumatismes vécus à l'enfance rendent l'enfant plus vulnérable à développer des traits de personnalité impulsive (Shin et al., 2018).

Il est évident que les ENE ont un impact significatif sur le développement de l'impulsivité, mais cette relation est plus nuancée. Effectivement, bien que l'impulsivité apparaisse être le résultat, du moins partiellement, de trauma, elle agit également comme facteur de risque au développement d'une réponse pathologique au trauma (Braquehais et al., 2010). Ainsi, plus une personne est exposée à des ENE, plus elle sera susceptible de

développer des traits impulsifs, plus elle est à risque de vivre un trouble de santé mentale en lien au trauma vécu.

Peu d'études ont exploré l'impulsivité auprès d'une population itinérante. Nous savons, toutefois, que l'impulsivité est une caractéristique clé de plusieurs troubles mentaux et est surreprésentée chez les personnes en présentant plusieurs (Moeller et al., 2001). Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les personnes en situation d'itinérance connaissent des taux élevés de troubles mentaux et d'abus de substances (Salit et al., 1998).

Une étude révèle que les personnes impulsives décédées par suicide étaient plus susceptibles d'avoir un historique de ENE (Zouk et al., 2006). En ce sens, plusieurs études ont identifié l'impulsivité comme étant un facteur clé dans le risque suicidaire autant chez les adolescents (Brown et al., 1991) que chez les adultes (Apter et al., 1993; Brodsky et al., 2001). Bien que les individus ayant un historique de tentatives de suicide obtiennent généralement un indice d'impulsivité plus élevé que ceux qui n'en ont pas (Gorlyn, 2005; Horesh, 2001), il ne faut pas nécessairement en conclure que les tentatives et suicides sont menés impulsivement. En effet, les tentatives et suicides sont plus souvent qu'autrement planifiés et seule une minorité seront menées de manière impulsive (Witte et al., 2008).

Comme nous l'avons vu précédemment, la relation entre les ENE et la suicidalité a fait l'objet de plusieurs études (Afifi, Boman, Fleisher, & Sareen, 2009; Afifi et al., 2008; Dube et al., 2001; Fuller-Thomson, Baird, Dhrodia, & Brennenstuhl, 2016). De plus, plusieurs études ont exploré la relation entre les ENE et l'impulsivité chez différentes populations (Braquehais et al., 2010; Ramakrishnan, 2018.; Sheikh, 2018; Shin et al., 2018). Quoiqu'encore limitée, la littérature s'intéresse de plus en plus au rôle médiateur de l'impulsivité sur la relation entre la suicidalité et les ENE. Toutefois, les résultats sont discordants : certaines études indiquent un effet de médiation positif et significatif de l'impulsivité sur cette relation (Rytilä-Manninen et al., 2018) alors que d'autres n'en révèlent aucun (Reich, 2019). Il est intéressant de souligner que l'échantillon de la première étude est constitué d'adolescents, garçons et filles, alors que celui de la deuxième étude n'est formé que d'adolescentes, ce qui pourrait expliquer la divergence des résultats.

À notre connaissance, le rôle médiateur de l'impulsivité sur la relation entre les ENE et la suicidalité n'a pas été exploré spécifiquement chez une population itinérante. Il mérite d'être étudié dans le contexte d'une population itinérante car celle-ci connaît des

enjeux particuliers sur le plan des ENE, de l'impulsivité et de la suicidalité. Cette étude permet alors de contribuer aux connaissances quant à cette dynamique tout en prenant en considération une population vulnérable et marginalisée. Par conséquent, l'objectif de cet article sera de déterminer s'il existe un effet médiateur de l'impulsivité sur la relation entre les ENE et la suicidalité chez une population itinérante vivant avec un trouble mental. Nous prédisons que l'impulsivité joue effectivement un rôle de médiation sur cette relation, mais qu'elle ne surpasse pas l'effet des ENE sur la suicidalité. De plus, comme la littérature le suggère, nous prévoyons que l'effet des ENE sur la suicidalité soit significatif.

Méthodologie

Devis expérimental

Les données utilisées pour cette étude proviennent du site de Montréal du projet *At Home/Chez Soi* (AH/CS). Il s'agit d'un projet de démonstration du modèle *Logement d'abord* dans cinq grandes villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Montréal, Toronto et Moncton). *Logement d'abord* a pour objectif d'offrir un accès à un logement permanent subventionné ainsi qu'à des services cliniques et psychosociaux pour les personnes sans domicile et vivant avec un problème de santé mentale (Goering et al., 2011). Contrairement à d'autres approches, *Logement d'abord* n'impose pas de critères d'admissibilité en rapport à la sobriété et au suivi d'un traitement (Latimer & al., 2014).

Participants

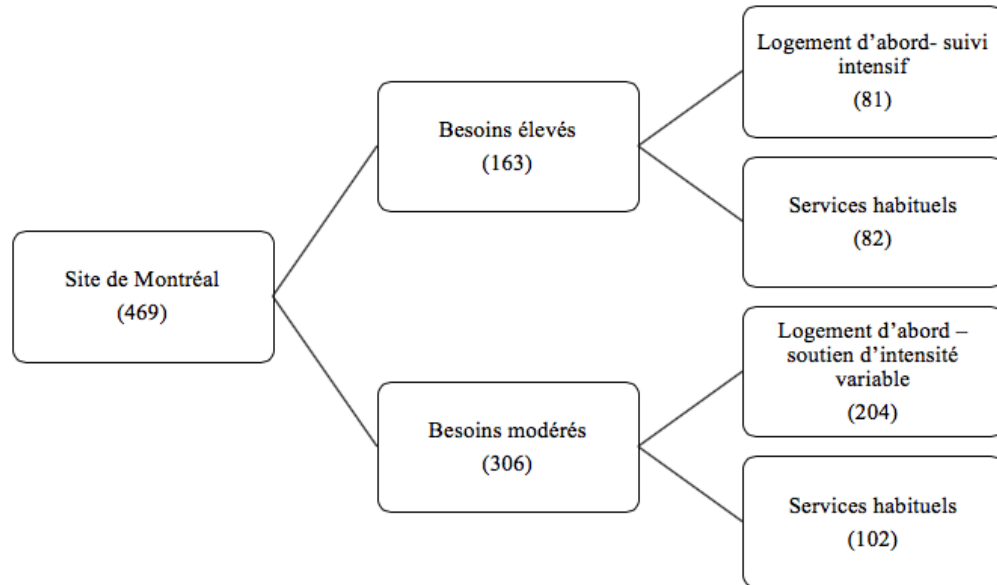
Pour le site AH/CS - Montréal, 469 participants ont été recrutés entre octobre 2009 et mai 2011 (Latimer & al., 2014). Trois critères d'inclusion devaient être respectés afin d'être admissible au projet de démonstration. Premièrement, les participants devaient avoir 18 ans et plus. Deuxièmement, ils devaient être en situation d'itinérance absolue ou encore ne pas avoir de résidence fixe et avoir vécu au moins deux épisodes d'itinérance dans la dernière année. Être en situation d'itinérance absolue réfère à l'absence d'un logement fixe, régulier et habituel (Goering et al., 2011). Cette définition inclut les utilisateurs de refuges qui n'ont pas d'adresse permanente. Troisièmement, les participants devaient avoir un diagnostic de trouble mental (trouble psychotique, trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques, trouble panique, épisodes maniaque ou hypomaniaque, trouble de stress

post-traumatique ou épisode dépressif) selon les critères de diagnostic du DSM-IV et du questionnaire Mini International Neuropsychiatric Interview (Goering et al., 2011; Sheehan et al., 1997).

De l'échantillon total (N=469), 62 % des participants avaient entre 35 et 54 ans au moment de l'entrée dans l'étude, 68 % étaient des hommes et 96 % étaient en situation d'itinérance absolue. Comme requis par les critères d'admissibilité à l'étude, tous les participants avaient un diagnostic de trouble de santé mentale : 34 % avait un diagnostic pour un trouble psychotique et 60 % pour un trouble non psychotique, et 61% avaient des problèmes d'abus de substances (Latimer et al., 2014).

En ce qui a trait à la répartition des participants à leurs groupes respectifs (voir Figure 1), ceux-ci ont d'abord été classés selon leurs besoins de soutien en termes de santé mentale et psychosociaux (besoins élevés ou modérés) (Goering et al., 2011). Les participants étaient ensuite répartis aléatoirement en deux groupes : l'un recevait les services du programme *Logement d'abord* (groupe expérimental) et l'autre continuait de recevoir les services habituels (groupe contrôle). Les participants dont les besoins étaient élevés et recevant les services de *Logement d'abord* bénéficiaient d'un suivi intensif. Ceux dont les besoins étaient modérés et faisant également partie du sous-groupe *Logement d'abord* recevaient un soutien d'intensité variable. Les participants recevant un suivi intensif avaient accès aux services et à l'aide de professionnels, notamment un psychiatre et un infirmier, en tout temps (24 heures, sept jours sur sept). Les participants bénéficiant d'un soutien d'intensité variable, quant à eux, pouvaient contacter l'équipe du programme 12 heures par jour, tous les jours (Goering, 2011).

Figure 1 : répartition des participants du site de Montréal



* Ce tableau est adapté du Rapport Final du site de Montréal - Projet Chez Soi (Latimer et al., 2014).

Mesures

Impulsivité

L'impulsivité a été mesurée à l'aide de la *Barratt Impulsiveness Scale-11* (voir annexe), soit un questionnaire de 30 items autorapportés. Les réponses possibles à ces items sont de type échelle de Likert (1 = rarement ou jamais; 2 = à l'occasion; 3 = souvent; 4 = presque toujours ou toujours). Cette échelle mesure l'attention, l'instabilité cognitive, l'impulsivité motrice, la persévérance, le contrôle de soi et la complexité cognitive (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Les participants ont été appelés à remplir le questionnaire lors d'une entrevue six mois après le début du projet. Les scores au BIS-11 s'échelonnent de 30, indiquant un faible niveau d'impulsivité, à 120, indiquant un niveau élevé d'impulsivité. Le score total d'impulsivité moyen pour les participants du site de Montréal est de 68,1 (ET= 10,8). Pour nos analyses, nous avons utilisé la moyenne des scores obtenus

à chaque item (moyenne= 2,26; ET= 0,36) pour tous les participants ayant répondu à au 20 moins items. Seul le site montréalais a mesuré l'impulsivité chez ses participants.

Expériences négatives vécues à l'enfance

Les ENE ont été mesurées avec le *ACE questionnaire* (voir annexe) qui comporte 10 items, chacun évaluant la présence (oui ou non) d'un type d'événement : négligence physique, négligence émotionnelle, abus sexuel, abus physique, abus émotionnel, divorce parental, violence domestique envers la mère, ainsi que les troubles de santé mentale, d'abus de substance et l'incarcération d'un membre de la famille (Felitti et al., 1998). Le score total de ENE a été calculé à partir de la somme des réponses et représente donc le nombre de différents types de ENE. Les scores sont dichotomisés de telle sorte que les participants sont catégorisés en deux groupes : ceux ayant moins de quatre ENE et ceux en ayant quatre ou plus. Ce seuil est souvent utilisé dans la littérature puisqu'il informe sur la vulnérabilité des répondants (Hughes et al., 2017). Nous avons utilisé les scores obtenus lors de l'entrevue 18 mois suivant le début du projet (moyenne= 4,04; ET= 2,75).

Suicidalité

La suicidalité a été évaluée à partir des items 13 et 13 a) du questionnaire autorapporté *Colorado Symptom Index* (voir annexe) qui a pour but de mesurer la symptomatologie psychiatrique. Le premier item mesure l'idéation suicidaire et le deuxième, les comportements suicidaires. Les participants étaient appelés à répondre au CSI tous les six mois lors d'entrevues. Une échelle de Likert à cinq niveaux (1= pas du tout, 2 = une fois au cours du dernier mois, 3 = plusieurs fois au cours du dernier mois, 4 = plusieurs fois par semaine, 5 = au moins tous les jours) est utilisée à l'item 13 pour détecter la présence de suicidalité chez les participants (Boothroyd & Chen, 2008). Les résultats à cet item sont dichotomisés : un score égal ou supérieur à deux indique la présence de suicidalité. L'item 13 a), quant à lui, se répondait par oui ou non. Les participants ayant répondu par l'affirmative à cet item sont considérés comme présentant des indices de suicidalité. Notre analyse porte sur les résultats obtenus à l'entrevue finale passée au 24e mois de l'étude. Parmi tous les participants ayant passé le CSI à la dernière

entrevue, 99 et 50 présentent des indices de suicidalité aux items 13 et 13 a), respectivement.

Analyses

L'objectif de cette étude est de déterminer si l'impulsivité joue un rôle de médiation entre les ENE et la suicidalité des personnes en situation d'itinérance ayant un problème de santé mentale.

Nous avons fait des analyses de médiation par l'entremise de régressions logistiques avec le logiciel SPSS et la méthode PROCESS (Hayes, 2017). Deux modèles statistiques ont été testés : le premier avec l'item 13 et le deuxième avec l'item 13 a). Les deux items mesurent deux aspects distincts de la suicidalité, soit l'idéation suicidaire et les comportements suicidaires, respectivement. Nous les explorons séparément afin de déterminer si les items sont associés différemment aux ENE ou à l'impulsivité. Nous avons contrôlé l'âge et le sexe.

Nous avons commencé par une régression logistique afin de vérifier l'association entre les ENE et la suicidalité. Comme la littérature le suggère, nous prédisons que cette relation soit significative. Ensuite, nous avons analysé l'association des ENE à l'impulsivité, soit la variable médiatrice. Finalement, nous avons testé l'effet des ENE sur la suicidalité en ajoutant au modèle l'impulsivité comme deuxième variable indépendante. Si le bêta des ENE s'avère non-significatif, tandis que celui de l'impulsivité se révèle significatif, nous pourrions conclure que cette dernière a un effet de médiation total sur la relation des ENE et de la suicidalité (Sanharawi & Naudet, 2013; VanderWeele, 2016).

Cela dit, comme nous ne prédisons pas que l'impulsivité explique à elle seule l'effet des ENE sur la suicidalité, nous nous attendons plutôt à une médiation partielle. Nous avons donc testé les effets indirects des ENE sur la suicidalité après avoir été médiées par l'impulsivité. Nous interprétons la signification des résultats selon un intervalle de confiance de 95 % calculé avec la méthode bootstrap (Preacher & Hayes, 2004). Pour analyser la taille de l'effet, nous utilisons le rapport des cotes (odds ratio).

Résultats

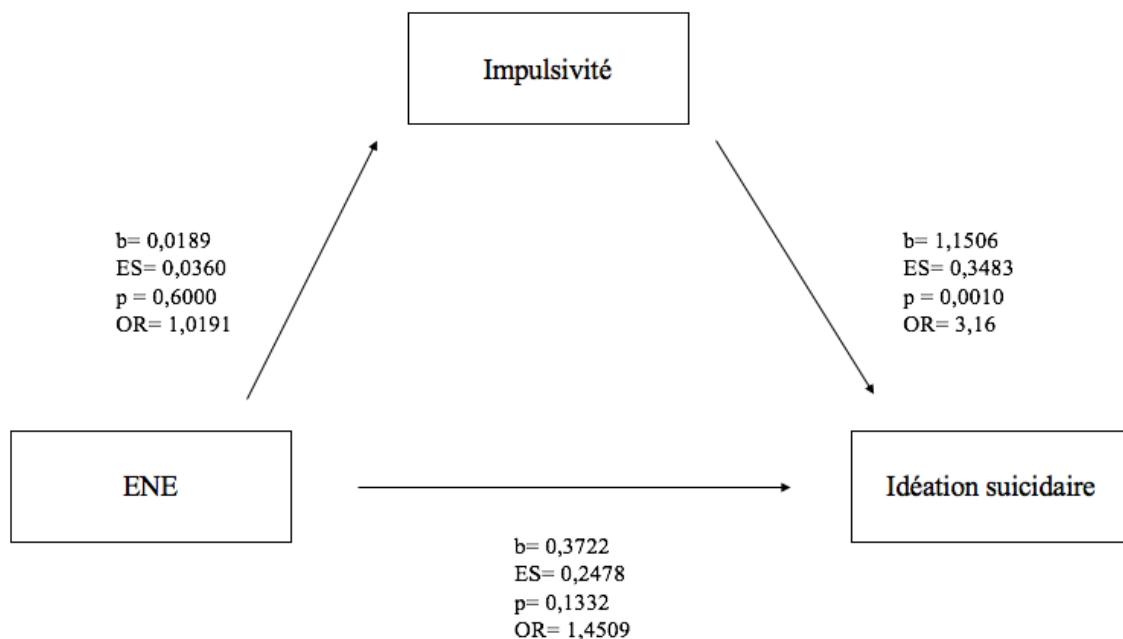
Premier modèle

Le premier modèle (voir Figure 2) a été exécuté à partir des scores totaux au *ACE questionnaire*, de la moyenne des scores obtenus à chaque item à la BIS-11 ainsi qu'aux scores totaux obtenus à l'item 13 du CSI. Cet item porte spécifiquement sur l'idéation suicidaire. L'âge et le sexe ont été contrôlés pour toutes les analyses.

Nos analyses nous informent que l'association des ENE et de l'idéation suicidaire n'est pas significative ($b= 0,377$; $ES= 0,244$; $p= 0,123$; $OR= 1,458$). Ensuite, la régression logistique indique que les ENE n'ont pas d'effet significatif sur l'impulsivité ($b= 0,0189$; $ES= 0,0360$; $p= 0,6000$; $OR= 1,0191$). La relation des ENE et de l'idéation suicidaire, lorsque l'impulsivité est ajoutée au modèle, est également non significative ($b= 0,3722$; $ES= 0,2478$; $p= 0,1332$; $OR= 1,4509$).

Toutefois, l'effet de l'impulsivité sur l'idéation suicidaire est positif et significatif ($b= 1,1506$; $ES= 0,3483$; $p= 0,0010$; $OR= 3,16$). L'effet indirect des ENE sur l'idéation suicidaire ($EI= 0,0218$) est non significatif : 95 % $IC= (-0,0638 ; 0,1193)$.

Figure 2 : premier modèle d'analyse de médiation pour l'idéation suicidaire



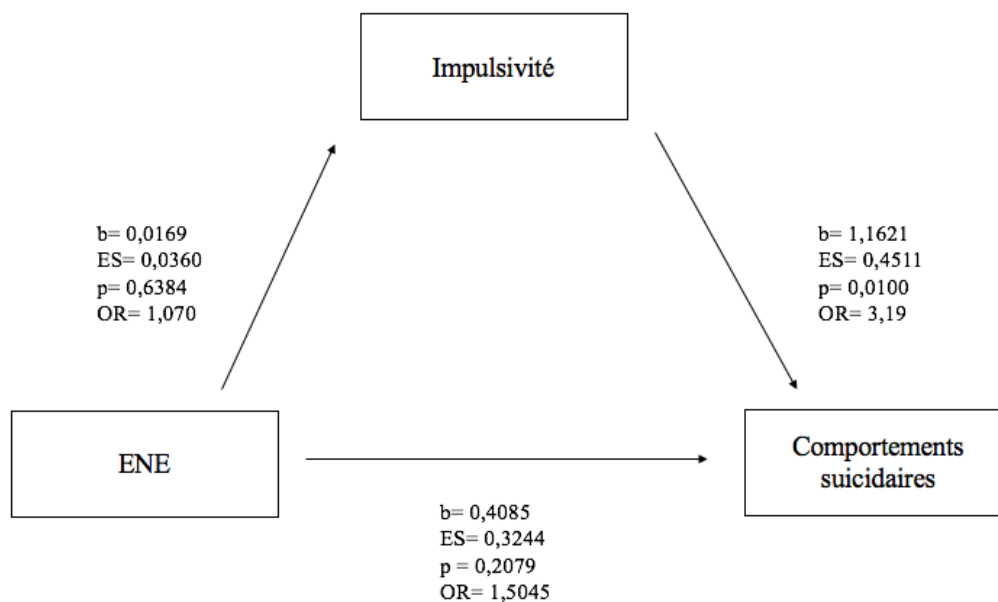
Deuxième modèle

Nous avons exécuté le deuxième modèle (voir Figure 3) de la même manière que le premier modèle, mais cette fois-ci avec les scores obtenus à l'item 13 a) du CSI. Cet item cherche à déterminer s'il y a présence de comportements suicidaires. L'âge et le sexe ont aussi été contrôlés pour ce modèle.

Tout comme le premier modèle, la relation des ENE et des comportements suicidaires n'apparaît pas significative ($b= 0,403$; $ES= 0,321$; $p= 0,210$; $OR= 1,496$). La régression logistique montre qu'il n'y a pas d'effet significatif des ENE sur l'impulsivité ($b= 0,0169$; $ES= 0,0360$; $p= 0,6384$; $OR= 1,070$). Ensuite, la relation des ENE et des comportements suicidaires, lorsque l'impulsivité est ajoutée au modèle, est également non significative ($b= 0,4085$; $ES= 0,3244$; $p= 0,2079$; $OR= 1,5045$).

Par contre, l'impulsivité est positivement et significativement associée aux comportements suicidaires ($b= 1.1621$; $ES= 0,4511$; $p= 0,0010$; $OR= 3,19$). L'effet indirect des ENE sur les comportements suicidaires ($EI= 0,0197$) n'est pas significatif : 95 % $IC= (-0,0747 ; 0,1305)$.

Figure 3 : deuxième modèle d'analyse de médiation pour les comportements suicidaires



Discussion

L'objectif de cette étude était d'explorer le rôle médiateur de l'impulsivité sur la relation entre les ENE et la suicidalité (idéation et comportements suicidaires) chez des personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble mental. Par l'entremise de deux modèles statistiques, nous avons d'abord vérifié l'association entre les ENE et la suicidalité. Nous avons ensuite analysé l'effet des ENE sur l'impulsivité. Finalement, nous avons testé la relation entre les ENE sur la suicidalité, en ajoutant l'impulsivité au modèle, testant par le fait même l'effet de l'impulsivité sur la suicidalité. Nous avons également calculé l'effet indirect des ENE sur la suicidalité après avoir été médié par l'impulsivité. Les résultats ne supportent pas nos hypothèses initiales.

En ce qui concerne les ENE, les analyses pour les deux modèles ne révèlent aucune association significative ni avec l'impulsivité ni avec la suicidalité. Cela indique donc que les ENE n'ont pas d'effets significatifs ni sur le développement et l'expression de l'impulsivité ni sur les niveaux de suicidalité de notre échantillon. Ces résultats divergent de la littérature à ces sujets. En effet, comme nous l'avons déjà abordé, il est généralement accepté que les ENE contribuent au développement de traits impulsifs et au risque suicidaire (Dube et al., 2001; Enns et al., 2006; Shin et al., 2018). Ces divergences entre les résultats observés et les connaissances actuelles peuvent s'expliquer par l'homogénéité de notre échantillon : il est entièrement composé de personnes en situation d'itinérance et vivant avec trouble mental. Sachant que les taux de ENE sont particulièrement élevés chez les personnes en situation d'itinérance (Larkin & Park, 2012), il est possible qu'un effet plafond soit en cause ici. De plus, l'utilisation d'un seuil de quatre ENE ou plus peut avoir contribué à cet effet de plafond. Il serait alors intéressant d'explorer ces mêmes relations, mais sans seuil pour les ENE.

En ce qui concerne l'impulsivité et la suicidalité, il s'agit de la seule relation qui ressort comme étant significative à travers les deux modèles statistiques. Les résultats indiquent que pour chaque point supplémentaire sur l'échelle d'impulsivité (BIS-11), le risque suicidaire augmente de plus de trois fois (OR= 3,16; OR= 3,19). Cependant, l'impulsivité n'agit pas comme variable médiatrice puisque les ENE ne sont pas significativement associées à la suicidalité. Comme nous l'avons vu, l'impulsivité est généralement reconnue comme étant un facteur important dans la prédiction du risque

suicidaire (Apter et al., 1993; Brodsky et al., 2001; Brown et al., 1991). Toutefois, il est inattendu que l'effet de l'impulsivité surpasse celui des ENE. Étant donné que notre population est très vulnérable, qu'elle présente des taux élevés de traumatismes et de troubles mentaux, et vit dans des conditions de précarité sociale totale (Bruffaerts et al., 2010; Joiner et al., 2007; Poirier, 2007; Salit et al., 1998), que les participants présentent des taux élevés d'impulsivité n'est pas surprenant. En combinaison avec l'effet de plafond en jeu avec les ENE, cela pourrait expliquer pourquoi l'effet de l'impulsivité sur la suicidalité dépasse ce qui était attendu.

Limites

Il convient de souligner que cette étude comporte certaines limites. Premièrement, parce que l'échantillon est entièrement constitué d'adultes en situation d'itinérance et vivant avec un trouble de santé mentale, les résultats sont difficilement généralisables à d'autres groupes de personnes en situation d'itinérance. Deuxièmement, les données ont été recueillies par l'entremise de questionnaires autorapportés portant sur des sujets sensibles et des événements vécus il y a plusieurs années, ce qui pourrait affecter la fiabilité des réponses obtenues. D'ailleurs, certains participants ont refusé de continuer à répondre au questionnaire sur les ENE parce qu'elles devenaient trop difficiles à aborder. Ces données manquantes ont certainement un effet sur les résultats obtenus puisque les ENE sont sous-rapportées. Troisièmement, l'utilisation de variables dichotomiques ne nous renseigne que sur la présence ou l'absence de suicidalité et de ENE. L'âge auquel elles ont été vécues, l'intensité et la durée des ENE, ainsi que l'historique des pensées, comportements et tentatives suicidaires n'ont pas été considérés. Finalement, plusieurs variables doivent être prises en compte avant d'en arriver à la conclusion que l'impulsivité prédit mieux la suicidalité que les ENE. En effet, seul l'âge et le sexe ont été contrôlés, mais d'autres facteurs pourraient influencer cette relation, comme par exemple, les comportements agressifs, la victimisation, la médication, l'hospitalisation en milieu psychiatrique, la précarité sociale etc.

Conclusion

En somme, les résultats de cette étude laissent entrevoir que l'impulsivité est un facteur considérable au risque suicidaire de personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble mental. Ceci dit, l'impulsivité gagnerait à être étudiée en relation avec d'autres variables. Une meilleure compréhension des mécanismes de l'impulsivité en lien à la suicidalité contribuerait certainement à une meilleure intervention et prise en charge de personnes en situation d'itinérance vivant avec un trouble de santé mentale. De plus, il ne faut pas négliger les ENE et leur rôle quant à la suicidalité de cette population. Une étude qualitative des ENE pourrait nous aider à mieux prédire le risque suicidaire et, éventuellement, le prévenir.

Annexe A

Barratt Impulsiveness Scale – 11

DIRECTIONS: People differ in the ways they act and think in different situations. This is a test to measure some of the ways in which you act and think. Read each statement and circle your answer on the right side of this page. Do not spend too much time on any statement. Answer quickly and honestly.

	Rarely/ Never	Occasionally	Often	Almost always/Always
1. I plan tasks carefully	1	2	3	4
2. I do things without thinking	1	2	3	4
3. I make-up my mind quickly	1	2	3	4
4. I am happy-go-lucky	1	2	3	4
5. I don't 'pay attention'	1	2	3	4
6. I have 'racing' thoughts	1	2	3	4
7. I plan trips well ahead of time	1	2	3	4
8. I am self-controlled	1	2	3	4
9. I concentrate easily	1	2	3	4
10. I save regularly	1	2	3	4
11. I 'squirm' at plays or lectures	1	2	3	4
12. I am a careful thinker	1	2	3	4
13. I plan for job security	1	2	3	4
14. I say things without thinking	1	2	3	4
15. I like to think about complex problems	1	2	3	4
16. I change jobs	1	2	3	4
17. I act 'on impulse'	1	2	3	4
18. I get easily bored when solving thought problems	1	2	3	4
19. I act on the spur of the moment	1	2	3	4
20. I am a steady thinker	1	2	3	4
21. I change residences	1	2	3	4
22. I buy things on impulse	1	2	3	4
23. I can only think about one thing at a time	1	2	3	4
24. I change hobbies	1	2	3	4
25. I spend or charge more than I earn	1	2	3	4
26. I often have extraneous thoughts when thinking	1	2	3	4

27. I am more interested in the present than the future	1	2	3	4
28. I am restless at the theater or lectures	1	2	3	4
29. I like puzzles	1	2	3	4
30. I am future oriented	1	2	3	4

Annexe B

Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire

While you were growing up, during your first 18 years of life:

1. Did a parent or other adult in the household often...
Swear at you, insult you, put you down, or humiliate you?
or
Act in a way that made you afraid that you might be physically hurt?
Yes No If yes enter 1 ____
2. Did a parent or other adult in the household often...
Push, grab, slap, or throw something at you?
or
Ever hit you so hard that you had marks or were injured?
Yes No If yes enter 1 ____
3. Did an adult or person at least 5 years older than you ever...
Touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way?
or
Try to or actually have oral, anal, or vaginal sex with you?
Yes No If yes enter 1 ____
4. Did you often feel that...
No one in your family loved you or thought you were important or special?
or
Your family didn't look out for each other, feel close to each other, or support each other?
Yes No If yes enter 1 ____
5. Did you often feel that...
You didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you?
or
Your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?
Yes No If yes enter 1 ____
6. Were your parents ever separated or divorced?
Yes No If yes enter 1 ____
7. Was your mother or stepmother:
Often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her?
or
Sometimes or often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard?
or
Ever repeatedly hit over at least a few minutes or threatened with a gun or knife?
Yes No If yes enter 1 ____

8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?

Yes No

If yes enter 1 ____

9. Was a household member depressed or mentally ill or did a household member attempt suicide?

Yes No

If yes enter 1 ____

10. Did a household member go to prison?

Yes No

If yes enter 1 ____

Total: ____

Annexe C

Modified Colorado Symptom Index

Below is a list of problems that people sometimes have. Please think about how often you experienced certain problems and how much they bothered or distressed you during the past month. For each problem, please pick one answer choice that best describes how often you have had the problem in the past month (30 days).

0 = Not at all; 1 = once during the month; 2 = several times during the month; 3 = several times a week; 4 = at least everyday.

csi__q1	in the past month, how often have you felt nervous, worried, or frustrated?
csi__q2	in the past month, how often have you felt depressed?
csi__q3	in the past month, how often have you felt lonely?
csi__q4	in the past month, how often have others told you that you acted 'paranoid' or 'suspicious'?
csi__q5	in the past month, how often did you hear voices, or hear or see things that other people didn't think were there?
csi__q6	in the past month, how often did you have trouble making up your mind, or deciding where you wanted to go or what you were going to do, or how to solve a problem?
csi__q7	in the past month, how often did you have trouble thinking straight or concentrating on something you needed to do?
csi__q8	in the past month, how often did you feel that your behaviour or actions were strange or different from that of other people?
csi__q9	in the past month, how often did you feel out of place or like you did not fit in?
csi__q10	in the past month, how often did you forget important things?
csi__q11	in the past month, how often did you have problems with thinking too fast (thoughts racing)?
csi__q12	in the past month, how often did you feel suspicious or paranoid?
csi__q13	in the past month, how often did you feel like hurting or killing yourself?
csi__q13_a	since you started this study, that is, in the past two years, have you attempted to hurt or kill yourself?
csi__q13_b	if yes, how many times?
csi__q14	in the past month, how often have you felt like seriously hurting someone else?

Références

- Apter, A., Plutchik, R., & Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03321.x>
- Boothroyd, R. A., & Chen, H. J. (2008). The Psychometric Properties of the Colorado Symptom Index. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. *Administration and Policy in Mental Health*, 35(5), 370-378. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0179-6>
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.05.003>
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults with Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1871-1877. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1871>
- Brown, L. K., Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, G. K. (1991). The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 95-99. <https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00014>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., Karam, E. G., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: A longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36(12), 1769-1778. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008646>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>

Goering, P. N., Streiner, D. L., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., Hwang, S. W., Komaroff, J., Latimer, E., Somers, J., & Zabkiewicz, D. M. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000323>

Gorlyn, M. (2005). Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17(3), 205-209. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2005.17.3.205>

Gouvernement du Canada. (2016). *Le suicide au Canada : infographique*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/suicide-canada-infographique.html>

Hayes, A. F. (2017). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition: A Regression-Based Approach. Guilford Publications.

Horesh, N. (2001). Self-Report vs. Computerized Measures of Impulsivity as a Correlate of Suicidal Behavior. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(1), 27-31. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.1.27>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 539-547. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.007>

Koegel, P. (1988). The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders Among Homeless Individuals in the Inner City of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1085. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360033005>

Larkin, H., & Park, J. (2012). Adverse Childhood Experiences (ACEs), Service Use, and Service Helpfulness among People Experiencing Homelessness. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 93(2), 85-93. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4192>

Latimer, E., Rabouin, D., Méthot, C., McAll, C., Angela Ly, Dorvil, H., Crocker, A., Roy, L., Poremski, D., Bonin, J-P., Fleury, M-J. & Braithwaite, E. (2014). *Projet Chez Soi – Rapport final du site de Montréal*. Calgary, Alberta : Commission de la santé mentale du Canada.

Miller, P. M. (2019). Understanding impulsivity scientifically: Some of the variables that affect the steepness of delay discounting and may affect suicide. *Ethics, Medicine and Public Health*, 8, 132-140. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.03.005>

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2000). The Biology of Impulsivity and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 11-25. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70140-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70140-4)

Poirier, M. (2007). Santé mentale et itinérance : Analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 76-91. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/016052ar>

Prigerson, H. G., Desai, R. A., Liu-Mares, W., & Rosenheck, R. A. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 213-219. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0621-8>

Reich, E. (2019). *Associations between impulsivity, adverse childhood experiences, and suicide ideation in a sample of at-risk teen girls* (publication n° 10837514) [Thèse de doctorat, University of Oregon]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

Rytilä-Manninen, M., Haravuori, H., Fröjd, S., Marttunen, M., & Lindberg, N. (2018). Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 77, 99-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.007>

Salit, S. A., Kuhn, E. M., Hartz, A. J., Vu, J. M., & Mosso, A. L. (1998). Hospitalization Costs Associated with Homelessness in New York City. *New England Journal of Medicine*, 338(24), 1734-1740. <https://doi.org/10.1056/NEJM199806113382406>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22–33.

Shin, S. H., McDonald, S. E., & Conley, D. (2018). Profiles of adverse childhood experiences and impulsivity. *Child Abuse & Neglect*, 85, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.028>

VanderWeele, T. J. (2016). Mediation Analysis: A Practitioner's Guide. *Annual Review of Public Health*, 37(1), 17-32. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021402>

Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2017). *Handbook of Self-Regulation, Third Edition: Research, Theory, and Applications*. Guilford Publications.

Witte, T. K., Merrill, K. A., Stellrecht, N. E., Bernert, R. A., Hollar, D. L., Schatschneider, C., & Joiner, T. E. (2008). “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.010>

World Health Organization. (2015). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*. World Health Organization.

Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.016>