

Article

« La prévention du suicide chez les adolescents : que savons-nous de son efficacité ? »

Marie Julien et Jean-Jacques Breton

Frontières, vol. 21, n° 1, 2008, p. 23-31.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/037871ar>

DOI: 10.7202/037871ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La prévention du suicide chez les adolescents

Que savons-nous de son efficacité ?

Résumé

Cette recherche vise à cerner l'état des connaissances actuelles sur les études évaluatives portant sur les stratégies de prévention du suicide chez les jeunes. Pour ce faire, une centaine d'écrits scientifiques se rapportant à 11 différentes stratégies ont été repérées à l'aide des méthodes habituelles. Les aspects suivants ont été examinés : facteurs visés, nature des interventions, résultats au regard de l'efficacité ou de l'implantation. Les résultats tendent à démontrer que la majorité des études portent sur des interventions visant à identifier et à référer les jeunes à risque. La recension suggère des évidences d'efficacité à diminuer les taux de suicide pour quatre stratégies mais dans l'ensemble les preuves sont limitées. Plusieurs voies d'intervention et de recherche sont proposées.

Mots clés : *suicide – prévention – efficacité – implantation – jeunes.*

Abstract

This research aims at reviewing current literature concerning evaluative studies pertaining to suicide prevention strategies applicable to the young. To do this, a hundred scientific articles covering 11 strategies were searched by usual methods and the following aspects were examined: aimed factors, nature of the intervention, impact or implementation results. Results indicate that the majority of studies concern interventions aimed at identifying the young at risk. In four of the 11 strategies, the recension showed some effectiveness regarding the diminution of suicide rates but globally the evidence is weak. Various avenues for intervention and research are proposed.

Keywords: *suicide – prevention – effectiveness – implementation – youths.*

Marie Julien, Ph. D.,
coordonnatrice promotion-prévention,
CSSS Pierre-Boucher, Longueuil.

Jean-Jacques Breton, M. D., M. Sc.,
pédopsychiatre, Clinique des troubles de l'humeur,
Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal.

L'ampleur et la gravité du problème du suicide ainsi que son importance sociale et ses coûts ont conduit l'Organisation mondiale de la santé à identifier le suicide comme une priorité de santé publique (Bertolote, 1996). En 2000, environ un million de personnes se sont enlevées la vie à travers le monde et 10 à 20 fois plus ont fait une tentative de suicide, ce qui représente un suicide toutes les 40 secondes et une tentative de suicide toutes les 3 secondes (WHO, 2003).

Le Québec a connu une importante augmentation du phénomène au cours des dernières décennies. Toutefois, depuis la fin des années 1990, la situation s'améliore. En 2007, le taux de mortalité par suicide chez les hommes est de 22,3 décès par 100 000 personnes, une diminution de 5% en moyenne depuis 1999 (Gagné et St-Laurent, 2009). Chez les femmes, le taux se situe à 5,8 pour 100 000 personnes, une diminution de 3% en moyenne pour la même période. C'est dans le groupe des adolescents âgés de 15 à 19 ans qu'on note la diminution la plus importante. Elle est de 12% en moyenne annuellement. Malgré cela, le suicide cause toujours près de 40% des décès des Québécois de ce groupe d'âge. En outre, le Québec demeure

la province où les taux de suicide sont les plus élevés au Canada. À l'échelle internationale, le Québec arrive en 2000-2002 au 4^e rang pour les hommes et au 7^e rang pour les femmes pour l'ampleur des taux de suicide parmi 21 pays industrialisés, le Japon et la Finlande occupant les premiers rangs (St-Laurent et Gagné, 2007).

Devant l'ampleur du phénomène, on constate l'importance de développer des programmes de prévention du suicide bien conçus et efficaces. Il existe cependant encore beaucoup de questions et d'incertitudes quant à l'efficacité des programmes. Par une recension de la littérature scientifique touchant 11 différentes stratégies de prévention, nous avons tenté de saisir la portée de certaines d'entre elles. On le verra, les résultats indiquent que les preuves irréfutables de moyens efficaces en prévention du suicide font cruellement défaut. Toutefois, malgré l'absence de données probantes, il existe suffisamment de matière pour confirmer l'intérêt de certains programmes, préciser les sentiers qu'il ne faut emprunter qu'avec beaucoup de prudence et désigner ceux qu'il vaut mieux éviter.

REVUE DE LITTÉRATURE

Pour faire le point sur l'efficacité des programmes de prévention, nous avons recensé les études qui ont évalué diverses initiatives prises dans le milieu scolaire ou dans la communauté¹. Avant de débiter, il peut être utile de rappeler que les interventions préventives présentent

deux caractéristiques: 1) elles prennent place avant l'apparition du problème et 2) s'adressent à des groupes d'individus ou à des collectivités. Ainsi, dans le cas du suicide, les interventions préventives sont celles qui sont mises en œuvre avant que ne se développent les idéations ou les comportements suicidaires. Bien que les activités de dépistage ne constituent pas des activités de prévention (puisqu'elles prennent place alors que la fragilité, bien qu'insoupçonnée, est déjà en place), elles sont aussi incluses dans cette recension.

PROGRAMMES IMPLANTÉS DANS LES ÉCOLES

Promotion des habiletés d'adaptation (*coping*)

Ces programmes comportent des rencontres d'une durée d'une heure qui se produisent en classe, souvent tout au long de l'année scolaire. Animées par des professionnels ou des enseignants spécialement formés, ces rencontres portent sur l'apprentissage d'habiletés d'affirmation, de communication, de résolution de problèmes lors de mises en situation ou jeux de rôles. Ils sont basés sur l'hypothèse voulant que les jeunes à risque de suicide présenteraient des déficits au niveau des habiletés relationnelles et de résolution de problèmes.

Quatre études ont évalué des programmes de ce type implantés dans un but de prévention du suicide (Eggert *et al.*, 1995; Eggert *et al.*, 2002; Randell *et al.*, 2001; Thompson *et al.*, 2001; Lafromboise et Howard-Pitney, 1995; Mishara et Ystgaard, 2001). Des résultats positifs ont été observés pour trois de ces études à différentes mesures, risque suicidaire, désespoir, contrôle personnel, troubles externalisés et comportements d'hyperactivité, habiletés à résoudre des problèmes (lors de situations fictives) ou habiletés d'adaptation (telles qu'elles sont perçues par les enseignants). Aucun résultat positif n'a été rapporté dans le cas d'une étude.

Sensibilisation et éducation sur le suicide

Les programmes de sensibilisation et d'éducation sur le suicide constituent les principales activités de prévention développées dans les milieux scolaires. Ils ont surtout été expérimentés dans les écoles américaines au cours des années 1980, alors que de nombreux États adoptèrent une législation obligeant les milieux scolaires à se doter de programmes de prévention. Leur pertinence théorique repose sur l'hypothèse voulant que les jeunes présentent des attitudes inadéquates face au suicide, ce qui a peu été démontré (Hazell et

King, 1996; Kalafat et Elias, 1994; Spirito *et al.*, 1988). Les programmes consistent habituellement en une ou deux rencontres de groupe sous la forme de présentations didactiques, souvent accompagnées de documents vidéo, sur le suicide (mythes et épidémiologie), les signes avant-coureurs, les attitudes à adopter face à un ami suicidaire et les ressources disponibles. Certains programmes se démarquent par une fréquence plus élevée des rencontres ou par la tenue d'activités qui sont également proposées au personnel des écoles et aux parents d'élèves. Les programmes plus récents accordent davantage d'importance aux mises en situation et sont moins centrés sur des présentations didactiques.

Plusieurs études ont examiné l'efficacité de ces programmes (Abbey *et al.*, 1989; Aseltine et DeMartino, 2004; Bélanger et Sylvain, 1991; Ciffone, 1993; Denoncourt *et al.*, 1994; Gadbois et Raymond, 1986; Kalafat et Elias, 1994; Kalafat et Gagliano, 1996; Klingman et Hochdorf, 1993; Mishara, 1998; Morin, 1995; Overholser *et al.*, 1989; Orbach et Bar-Joseph, 1993; Raymond *et al.*, 2003; Shaffer *et al.*, 1990; Shaffer *et al.*, 1991; Spirito *et al.*, 1988; Vieland *et al.*, 1991). De façon générale, les résultats sont plutôt décevants. Une seule étude, réalisée à l'aide d'un devis post-test seulement, conclut à un effet sur les tentatives de suicide (Aseltine et DeMartino, 2004). Ce qui a surtout été constaté, c'est une amélioration, habituellement modérée, du niveau des connaissances et du niveau des attitudes, immédiatement après la mise en œuvre du programme. Des résultats favorables ont aussi parfois été notés au niveau de différentes mesures du risque suicidaire, du désespoir, des attitudes (recherche d'aide, aide à apporter à un pair ou dévoilement d'idéations suicidaires) et des habiletés (à intervenir auprès d'une personne vulnérable ou des habiletés personnelles d'adaptation).

Des résultats préoccupants ont été relevés dans certaines études (Kalafat et Elias, 1994; Overholser *et al.*, 1989; Schaffer *et al.*, 1990; Schaffer *et al.*, 1991; Vieland *et al.*, 1991) entre autres chez des garçons ou dans des groupes de jeunes qui avaient déjà fait une tentative de suicide. Ils se traduisent par des opinions défavorables au programme et des attitudes allant à l'encontre de ce qui était souhaité, comme celles qui consistent à ne pas conseiller à un ami suicidaire de consulter un professionnel ou à croire que le suicide est une solution adéquate.

Formation de sentinelles

Les sentinelles (*gatekeepers* en anglais) sont des personnes adultes qui entretiennent des liens privilégiés avec les

jeunes, en raison de leur travail dans le milieu scolaire (professeurs, entraîneurs, etc.) ou dans la communauté (employés des services de loisirs, animateurs de maisons de jeunes, etc.). On présume qu'en donnant à ces personnes une formation qui leur permet de reconnaître les signes de détresse, il sera possible d'identifier et d'aider un plus grand nombre de jeunes à risque.

Aucune étude n'a réellement évalué l'impact de ces programmes sur les comportements suicidaires comme tels ou sur la capacité des sentinelles à identifier correctement les jeunes à risque. Toutefois, des experts américains ont estimé que ces programmes étaient susceptibles de réduire de 12% le suicide chez les jeunes, une estimation essentiellement subjective (Eddy *et al.*, 1987). Des études évaluatives ont montré une amélioration des connaissances et des attitudes des participants ayant reçu une formation (Barrett, 1985, dans O'Carroll *et al.*, 1992; Davidson et Range, 1999; Gadbois et Raymond, 1986; Reisman et Scharfman, 1991, dans Garland et Zigler, 1993; Shaffer *et al.*, 1988, dans O'Carroll *et al.*, 1992) de même qu'une augmentation de la référence aux ressources (Barrett, 1985, dans O'Carroll *et al.*, 1992; Reisman et Scharfman, 1988, dans Garland et Zigler, 1993) ou du sentiment de compétence à déceler les jeunes suicidaires et à intervenir auprès d'eux (King et Smith, 2000). L'étude récente de Kataoka et ses collègues (2007) révèle que la majorité des élèves à risque de suicide repérés par des sentinelles ont bénéficié de services de santé mentale. Toutefois, le tiers de ceux qui avaient fait une tentative de suicide au cours de l'année n'avaient pas eu de suivi malgré le fait que leurs parents avaient été contactés à cet effet, indiquant la difficulté à rejoindre ou à suivre/accompagner les jeunes qui sont le plus à risque.

Aide par les pairs

Les programmes d'aide par les pairs visent à développer les habiletés relationnelles des jeunes et à consolider leurs réseaux de soutien par une approche d'écoute active, d'aide à la résolution de problèmes et de référence à des ressources appropriées. D'abord développés afin d'apporter du soutien aux jeunes qui éprouvent des difficultés scolaires, on a par la suite constaté que ces programmes pouvaient prévenir divers comportements à risque (Dryfoos, 1991), davantage même que ceux qui sont centrés sur des dimensions affectives comme l'estime de soi. Des effets indésirables ont cependant été observés dans le cas où les aidants étaient eux-mêmes déjà aux prises avec des difficultés importantes (Dishion *et al.*, 1999).

Une seule étude a examiné l'impact de ces programmes sur les comportements suicidaires des jeunes (Lewis et Lewis, 1996). Les auteurs rapportent des résultats préoccupants dans les écoles où les aidants ne sont pas supervisés par des conseillers formés en relation d'aide et dans celles où on a confié aux aidants une mission de prévention du suicide et de *counseling* individuel. Les taux de suicide y seraient plus élevés que dans les écoles où il n'y a pas de programme du tout ou que dans celles où l'on n'a pas confié de telles responsabilités aux aidants. Les taux sont toutefois moins élevés dans les écoles où les aidants sont adéquatement encadrés que dans celles où il n'y a pas de programme. Les chercheurs n'excluent pas l'hypothèse que les programmes aient pu avoir un effet désinhibant sur les comportements suicidaires et ils concluent en recommandant d'accorder une grande attention aux procédures d'encadrement et de soutien des aidants.

Par ailleurs, deux études ont examiné les effets sur les aidants eux-mêmes d'un atelier de formation dispensé dans le but d'habiliter à intervenir auprès d'un ami à risque de suicide (Hennig *et al.*, 1998; Stuart *et al.*, 2003). Les résultats indiquent des améliorations au niveau des connaissances et des attitudes mais, au suivi de trois mois, seules les premières ont pu être maintenues.

Programmes « globaux »

Les programmes « globaux » visent à la fois la promotion de la santé mentale des élèves et la prévention des comportements suicidaires. Ils combinent une variété d'activités qui s'adressent tant aux jeunes qu'aux enseignants, personnel scolaire et parents. On présume qu'en agissant à différents niveaux l'impact pourrait être plus important.

L'évaluation du programme développé dans le comté de Dade en Floride rapporte une diminution des suicides (taux et nombres) et des tentatives (nombres) à la suite de son implantation (Zenere et Lazarus, 1997). Certaines données sont néanmoins inquiétantes puisqu'on a aussi constaté une augmentation considérable des idéations suicidaires (116%) et des tentatives (43%) chez les élèves les plus jeunes du primaire. De plus, quatre ans plus tard, le nombre d'élèves présentant des idéations suicidaires serait revenu au niveau de départ. Les auteurs attribuent ce dernier résultat à une possible diminution de l'intensité du programme au fil des ans. Par ailleurs, dans l'État du New Jersey, le programme *Adolescent Suicide Awareness* aurait aussi entraîné une diminution des taux de suicide des jeunes (Kalafat et Ryerson, 1999). Toutefois, dix

ans après l'implantation initiale, le programme a été réduit à seulement deux composantes, l'adoption de politiques et procédures et quelques activités en classe, la formation continue des enseignants et les rencontres avec les parents ayant pratiquement été abandonnées. D'autre part, à Dallas, l'évaluation du programme *S.O.A.R. (Suicide Options Awareness and Relief)* a révélé quelques effets positifs au niveau des connaissances et des attitudes des conseillers et administrateurs scolaires impliqués (Angerstein *et al.*, 1991). Finalement, l'évaluation de l'implantation de *Mindmatters*, un programme australien misant entre autres sur la promotion d'un environnement favorable au développement des jeunes et la mise en place de programmes d'aide par les pairs, a mis en évidence l'insuffisance des ressources en santé mentale et la difficulté d'impliquer les enseignants dans ce type d'intervention (Wyn *et al.*, 2000).

Dépistage

Les programmes de dépistage visent la recherche de maladies ou des déficiences insoupçonnées au moyen de tests, d'exams ou d'autres procédures pouvant être administrées rapidement (Shah, 1995). Dans le domaine du suicide, ces programmes se déroulent habituellement en trois étapes: 1) administration d'un questionnaire standardisé à tous les élèves, 2) évaluation clinique de ceux qui ont eu un résultat positif et 3) référence à des ressources appropriées.

L'efficacité clinique du dépistage a fait l'objet de quatre études (Eggert *et al.*, 1998; Shaffer et Craft, 1999; Schaffer *et al.*, 2004; Reynolds, 1991). Deux études ont eu recours au *Columbia Ten Screen*, un instrument qui mesure des risques tels que la dépression, la dysthymie, l'abus de drogue ou d'alcool, les idéations suicidaires récurrentes ou des tentatives antérieures (Shaffer et Craft, 1999; Schaffer *et al.*, 2004). Quant à la troisième, elle a porté sur le *Suicidal Ideation Questionnaire*, un instrument de 30 items se rapportant à des idéations suicidaires et morbides (Reynolds, 1991) alors que la dernière est basée sur le *Suicide Risk Screen* (Eggert *et al.*, 1998).

Ces études ont dépisté positivement des pourcentages importants d'adolescents (entre 17 et 27% selon les études). Elles ont en outre établi que la spécificité des instruments (capacité du test de dépister correctement les vrais cas) variait de 49% à 83% et la sensibilité (capacité d'identifier correctement ceux qui n'ont pas le problème) de 75% et 100%.

Malgré des résultats intéressants, ces expériences n'ont pas permis de satisfaire

aux critères généralement admis en santé publique avant de mettre en place un programme de dépistage de masse. Il faudra entre autres mieux établir la validité des instruments, s'assurer de leur acceptabilité par la population et les professionnels, de la disponibilité et de l'accessibilité de services de qualité et, enfin, du respect de certaines précautions au plan éthique (non-malfaisance et non-stigmatisation des populations dépistées positivement) (Muir Gray, 2001).

PROGRAMMES IMPLANTÉS DANS LA COMMUNAUTÉ

Éducation pour les parents

Certains programmes visent à sensibiliser les parents au suicide et à améliorer la communication avec leurs adolescents. Deux de ces programmes ont été évalués en Australie (Maine *et al.*, 2001; Toumbourou et Gregg, 2002). La première étude, réalisée sans groupe témoin, a cherché à mesurer l'impact de la projection d'un document vidéo qui présente la situation d'un jeune suicidaire sur les connaissances et les attitudes des parents. Les auteurs rapportent des résultats positifs au niveau de la connaissance des signes avant-coureurs et de l'intention d'intervenir auprès de leur adolescent. La deuxième étude consiste dans l'évaluation de PACE, un programme de sept semaines qui porte sur l'apprentissage d'habiletés de communication et de résolution de problèmes (Toumbourou et Gregg, 2002). Les résultats ont mis en évidence une diminution de la consommation de drogues, des comportements délinquants et des conflits avec leurs parents de même qu'une amélioration des attitudes de la mère (compréhension, aide, affection, etc.). Les chercheurs estiment que ces résultats positifs se sont même répercutés chez les jeunes dont les parents n'avaient pas participé au programme, à cause des liens qui unissent ces derniers.

Lignes téléphoniques

Certaines lignes téléphoniques visent à rejoindre les adolescents de manière spécifique mais la plupart s'adressent à la population de tout âge. Le suicide est souvent associé au déclenchement d'un événement stressant et les services d'écoute téléphoniques sont accessibles, gratuits et disponibles et généralement anonymes, ce qui peut favoriser les confidences.

Il y a peu d'évidences scientifiques à propos de leur efficacité (Mishara et Daigle, 2001) bien qu'une méta-analyse des études portant sur le lien, dans une région donnée, entre la présence de lignes d'écoute téléphonique et les taux de suicide concluait à la présence d'une association

positive, tout en qualifiant cette dernière de faible et inconsistante (Lester, 1997). C'est dans le groupe des femmes de race blanche âgées de moins de 25 ans, groupe qui utilise le plus ces services, que le phénomène a davantage été observé. Par ailleurs, des études ont montré que ces services apportaient du soutien aux personnes en détresse et que la qualité de la formation et de l'encadrement qui étaient offerts aux intervenants œuvrant dans ces services influençait grandement la qualité des entretiens. Chez les jeunes, ces lignes ne seraient que peu utilisées et un faible pourcentage des appels qui y sont logés concernerait le suicide.

Contrôle de l'accès aux moyens

Le choix d'un moyen pour se suicider repose sur plusieurs considérations (désir d'accomplir le geste de manière privée ou publique, perception de son efficacité, volonté de préserver l'intégrité physique, etc.). Si au moment de la crise le moyen choisi n'est pas disponible ou accessible, une méthode de rechange sera considérée. Cette méthode pourrait être moins létale, augmentant ainsi les chances de survie de la personne, ou elle pourrait aussi ne pas être disponible dans l'immédiat, laissant une chance à la crise suicidaire de se résorber, peut-être de manière définitive.

La démonstration la plus éclatante de l'efficacité de cette stratégie a été réalisée en Grande-Bretagne au début des années 1960 où l'on a constaté une diminution de 40% du taux de suicide à la suite de changements dans la composition du gaz domestique, une diminution qui a d'ailleurs été maintenue durant plus de dix ans. Cette expérience a encouragé diverses initiatives visant à restreindre l'accessibilité à des moyens fréquemment utilisés (armes à feu, médicaments, monoxyde de carbone, etc.) et qui ont entraîné non seulement des diminutions des taux de suicide qui résultaient de ces initiatives mais aussi une diminution des taux globaux de suicide. Les conclusions des études ne convergent cependant pas toujours. En ce qui concerne le contrôle des armes à feu, un consortium de chercheurs concluait récemment que les preuves de l'efficacité de ces mesures législatives demeuraient insuffisantes (Hahn *et al.*, 2003).

Formation des médecins généralistes

Bon nombre de jeunes qui décèdent par suicide consultent un médecin généraliste au cours du mois qui précède leur suicide, de 20 à 34% selon les études. Toutefois, les jeunes ne parlent pas spontanément de leurs difficultés à leur médecin alors que ces derniers ne parviennent à détecter les

signes de détresse émotionnelle de leurs patients que dans la moitié des cas.

Une expérience menée en Suède, sur l'île de Gotland, a été rendue célèbre en raison de ses effets sur le suicide (Rutz *et al.*, 1997). On y a montré qu'un programme de formation continue visant à former les médecins généralistes à mieux identifier et traiter la dépression majeure avait entraîné non seulement un meilleur traitement de la dépression, mais également une diminution des taux de suicide. Depuis, certains chercheurs ont attribué à une augmentation de la prescription d'antidépresseurs la diminution des taux de suicide qui a été constatée dans plusieurs pays européens (Danemark, Finlande, Hongrie, Norvège, Suède) au cours des années 1990 (Isacsson, 2000; Rihmer *et al.*, 2001). Le phénomène pourrait cependant être aussi attribuable à une meilleure prise en charge de ces patients de manière générale par les médecins plutôt que par la seule pharmacothérapie.

Sensibilisation des médias

Les conséquences néfastes d'une couverture médiatique inadéquate ont été maintes fois démontrées, surtout chez les adolescents et les jeunes adultes. Ainsi au Québec, à la suite d'une couverture du décès du journaliste Gaétan Girouard, qualifiée de sensationnaliste par plusieurs, on a noté une augmentation du taux de suicide dans la population québécoise.

Dans le but de contrer ce phénomène, des recommandations sur la manière de rapporter les suicides ont été proposées aux médias. Une seule évaluation a cherché à en mesurer l'effet sur les taux de suicide. Réalisée à Vienne, elle a montré que le pourcentage de suicides à survenir dans le métro avait diminué de 75% dès la première année de la publication des recommandations sur la manière de traiter ces événements, fortement médiatisés jusqu'alors, et que cette diminution s'était maintenue au cours des cinq années subséquentes (Etzersdorfer *et al.*, 1992; Sonneck *et al.*, 1994).

Par ailleurs, les campagnes de communication qui visent à sensibiliser la population en général sur le phénomène du suicide (et qui bien souvent consistent à informer sur l'ampleur du problème, ses causes ou sa distribution dans un milieu donné) constituent d'autres types d'interventions qui reposent sur l'implication des médias. De manière générale, les études n'indiquent que peu de résultats positifs. Les principaux résultats observés consistent en une augmentation du niveau de connaissances des personnes exposées (Daigle *et al.*, 2002; Eggert *et al.*, 1997; 1999, dans Bowen *et al.*, 2000).

Synthèse

Les résultats indiquent que les preuves de l'efficacité de la prévention sont limitées. Un nombre restreint d'études réalisées à partir de devis écologiques suggèrent un effet possible de cinq des onze stratégies préventives (contrôle de l'accessibilité aux moyens, la sensibilisation des médias, la mise en place des lignes d'écoute téléphonique, la formation des médecins généralistes et les programmes globaux) sur les taux de suicide ou sur les tentatives mais aucune étude n'est parvenue à montrer l'efficacité de l'une ou l'autre de ces stratégies au regard des principaux facteurs de risque du suicide. Les effets qui sont le plus souvent rapportés se situent au niveau des connaissances et des attitudes bien que certains effets aient aussi été relevés à des mesures de symptomatologie. Enfin, des résultats préoccupants ont été rapportés à propos de programmes implantés en milieu scolaire et qui avaient mis sur une approche de sensibilisation en milieu, d'aide par les pairs ou sur une approche globale.

DISCUSSION

Pour comprendre le peu de résultats des programmes de prévention du suicide chez les jeunes, nous analyserons cinq aspects: la base théorique des programmes, le moment de l'intervention, le choix des populations, le partage des responsabilités et les problèmes liés à la recherche évaluative.

LA BASE THÉORIQUE DES PROGRAMMES

Une revue des programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes au Canada a mis en évidence des déficiences au plan des bases théoriques sur lesquelles reposent les programmes (Breton *et al.*, 2002). Ainsi, les programmes étudiés sont presque toujours silencieux à propos des liens logiques entre les facteurs de risque sur lesquels on souhaite intervenir et les conduites suicidaires (modèle théorique du problème de santé) et entre les activités et les ressources prévues et le processus de modification des facteurs de risque visés (modèle théorique du programme).

A posteriori, il est toujours possible d'identifier les orientations théoriques implicites. Dans bien des cas, elles ne sont pas scientifiquement fondées. Ainsi, le suicide est souvent présenté comme une éventualité à laquelle tout individu peut être exposé lorsqu'il est confronté à un cumul de difficultés, une éventualité évidemment présentée comme indésirable mais qui occulte le fait que les jeunes ne sont pas tous également à risque de suicide et que ceux qui éprouvent des troubles mentaux le sont beaucoup plus que les autres.

LES FACTEURS HUMAINS EXERCENT UNE INFLUENCE SUR
LE DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES, CE QUI ENTRAÎNE PARFOIS
DES DÉCISIONS PRÉMATURÉES ET LA MISE EN PLACE
D' ACTIONS QUI NE SONT PAS FONDÉES THÉORIQUEMENT.

Car, même si cela ne fait pas l'unanimité, les études épidémiologiques convergent pour affirmer qu'environ 90% des jeunes qui se suicident présenteraient en effet un ou plusieurs troubles mentaux (Moscicki, 1998). Cette théorie du problème dénote une méconnaissance des facteurs de risque ou un manque de confiance dans les études épidémiologiques, parfois considérées comme biaisées par le paradigme biomédical. Elle peut aussi traduire une volonté de protéger les personnes suicidaires des préjugés défavorables qui sévissent à l'endroit des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

Par ailleurs, de nombreux programmes, particulièrement en milieu scolaire, ciblent des variables dont les liens logiques avec les conduites suicidaires n'ont pas été établis. Ainsi les interventions qui visent à sensibiliser à différents problèmes (suicide, toxicomanie, tabagisme, etc.) sont basées sur l'hypothèse voulant qu'une amélioration des connaissances et des attitudes est susceptible d'entraîner un changement de comportement. Dans le domaine de l'éducation à la santé, ces modèles se sont révélés être un échec (Kirby, 1985 ; McCormick *et al.*, 1985).

Certaines interventions ont comme objectif de réduire les conduites suicidaires en contrant des facteurs de risque comme la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble d'opposition et le trouble des conduites ou en promouvant des facteurs de protection comme les stratégies positives de *coping*. Cette façon de voir s'appuie sur l'idée que le problème du suicide est tributaire d'un parcours relativement distinct où il y a continuité entre facteurs de risque, début de la maladie, manifestations cliniques et évolution. Une telle causalité linéaire peut rendre compte de l'étiologie des maladies infectieuses transmissibles mais elle se transpose mal en santé mentale où les mêmes facteurs de risque sont communs à plusieurs problèmes. Les jeunes qui présentent des troubles dépressifs n'ont pas nécessairement des idées suicidaires et les troubles dépressifs constituent certes un facteur de risque des conduites suicidaires mais aussi de la grossesse à l'adolescence, de l'échec scolaire et de la consommation de drogues. Des devenirs différents peuvent donc être atteints à partir d'un

même point de départ (principe de multifinalité) ou encore un devenir unique peut résulter de points de départ différents (principe d'équifinalité) comme l'ont bien démontré les études longitudinales en psychopathologie développementale (Richters, 1997). Limiter ces programmes à la prévention des conduites suicidaires est réductionniste puisqu'ils ont aussi le potentiel de réduire d'autres problèmes d'adaptation.

De tels programmes pourraient plutôt être compris comme des programmes de prévention des problèmes d'adaptation comme les conduites suicidaires, l'abandon scolaire, la violence ou la toxicomanie par des interventions sur des facteurs de risque communs (abus sexuels et physiques, ruptures relationnelles précoces, dysfonctionnement familial) et/ou des interventions sur des facteurs de protection (habiletés sociales, raisons de vivre, spiritualité, stratégies positives de *coping*). En corollaire, et pour que le programme exerce un effet significatif sur les problèmes d'adaptation en cause, il devient alors nécessaire de discuter des liens logiques entre les facteurs choisis et les problèmes d'adaptation visés par le programme et de s'assurer de la quantité suffisante de ressources et de l'intensité nécessaire des activités.

Enfin, les facteurs humains exercent une influence sur le développement des programmes, ce qui entraîne parfois des décisions prématurées et la mise en place d'actions qui ne sont pas fondées théoriquement. Parmi ces facteurs, on compte l'urgence d'agir et l'investissement personnel des responsables de programmes au problème de santé qui leur incombe.

La nécessité d'agir et le désir de le faire rapidement se révèlent des facteurs particulièrement influents lorsque le problème de santé devient une priorité de santé publique. Cela empêche parfois une planification adéquate des interventions, compromettant ainsi l'efficacité et la survie des programmes. De plus, des aspects propres à un problème de santé, comme le fait que les jeunes soient particulièrement touchés dans le cas du suicide, accentuent la pression sociale sur les responsables de programmes.

L'investissement personnel des acteurs au problème de santé *x*, *y* ou *z* dans lequel ils sont impliqués, souvent depuis nombre

d'années, que ce soit au regard de l'intervention, de la formation ou de la recherche, conduit souvent à rechercher le plus de ressources ou de visibilité possible pour des programmes dont les principales qualités sont d'être accessibles et attrayants et pouvant être implantés rapidement. Encore une fois, le travail de planification est alors souvent escamoté, surtout lorsque le problème de santé en cause est complexe. La visibilité facilite en retour l'obtention de ressources additionnelles. Dans un contexte où les ressources en santé sont limitées et les besoins élevés, la compétition qui résulte de ces déséquilibres est souvent vive. Les facteurs sur lesquels il apparaît plus facile d'agir comme les connaissances et les attitudes seront alors privilégiés d'autant plus que la prise en compte de facteurs proximaux et distaux communs à plusieurs problèmes de santé exige un certain « partage » de ressources. Aussi, le mode de fonctionnement habituellement adopté est celui du « silo » (ou vase clos), à l'instar de ce que l'on observe dans le domaine des services curatifs en santé mentale.

LE MOMENT DE L'INTERVENTION

La grande majorité des actions mises en place au cours des dernières décennies visaient à identifier les jeunes à risque, ceux qui présentent un cumul de facteurs ou sont déjà aux prises avec des idéations ou comportements suicidaires. Ces stratégies s'inscrivent bien tardivement dans une logique de prévention et leur efficacité dépend de la capacité de parcourir avec succès plusieurs étapes préalables et qui consistent à : 1) établir des critères sensibles et spécifiques pour définir la population des jeunes à risque ; 2) mettre en place un réseau de services adaptés à leurs besoins ; 3) faire connaître ce réseau et le rendre accessible ; 4) établir des interventions et des traitements qui reposent sur des standards de qualité ; 5) s'assurer que des précautions sont prises au plan éthique pour ne pas inquiéter ou stigmatiser des jeunes qui seraient identifiés à risque. Le parcours de chacune de ces étapes peut être périlleux et il n'est pas certain qu'on leur ait porté une attention suffisante. En comparaison, beaucoup moins d'efforts ont été accordés à mettre en place des interventions qui prennent place plus tôt, en amont de la détresse, avant même que n'apparaissent les conditions propices au développement des idéations et des comportements suicidaires.

LE CHOIX DES POPULATIONS

Un autre aspect réside dans la difficulté des programmes à rejoindre les jeunes à risque et à tenir compte de leurs besoins

ou particularités. En effet, la majorité des actions préventives visant à identifier les jeunes à risque ont été implantées dans le milieu scolaire, un milieu qui n'est pas fréquenté par les jeunes qui présentent le plus de risques². De plus, la mise en œuvre de programmes semble se faire sans tenir compte des besoins de ceux qui sont déjà vulnérables (ceux qui manifestent des symptômes de dépression, des problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool ou des troubles de conduite), des particularités de leurs réseaux d'aide potentiels qui ne fonctionneraient pas de la même manière que ceux des jeunes non suicidaires et seraient aussi moins étendus (Hazell et King, 1996), et sans tenir compte non plus des familles et des communautés dans lesquels ces jeunes évoluent.

LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

La planification et l'implantation des programmes de prévention et de promotion requièrent la collaboration de différents organismes et intervenants de même que des connaissances sur les programmes, leurs indications, limites et les conditions nécessaires à leur mise en œuvre. Ces connaissances sont du ressort de la santé publique, instance à laquelle les gouvernements accordent une légitimité de plus en plus grande, bien qu'elles ne lui soient pas exclusives. Aussi, au Québec, les instances de santé publique ont-elles la responsabilité légale d'agir au niveau populationnel sur les principaux déterminants de la santé, notamment par des actions de prévention et de promotion intersectorielles avec divers organismes et partenaires. Cette responsabilité implique de bien encadrer la planification des actions de prévention et de promotion afin de s'assurer que le développement des programmes se réalise en conformité avec le corpus actuel des connaissances en santé publique. Cela est d'autant plus nécessaire dans le cas d'un problème complexe comme le suicide, et qui comporte trois manifestations (idéations, tentatives, suicides complétés) dont les modes de présentation et les facteurs de risque et de protection varient sensiblement selon le sexe et l'âge. La hâte avec laquelle plusieurs programmes ont été mis en œuvre dans le passé sans consultation préalable avec les responsables des milieux impliqués, non seulement ceux de la santé publique, mais aussi ceux de première ligne et du réseau de l'éducation, n'est pas étrangère aux piètres résultats à ce jour.

Cet apport de la santé publique ne remet pas en question le rôle des organismes voués à la prévention du suicide dans le développement et la mise en œuvre des programmes. Elle permet cependant de baliser la première étape du développement

d'un programme, soit celle de la planification, afin d'éviter que les programmes mal conçus et ne reposant pas sur une base théorique adéquate mobilisent indûment les ressources limitées consacrées à la prévention, ce qui en compromettrait le développement.

En milieu scolaire, le rôle des enseignants devrait être limité aux programmes qui portent sur la promotion des habiletés d'adaptation des élèves et les programmes globaux. Ces interventions visent le développement des compétences relationnelles et affectives lesquelles sont constamment sollicitées dans la gestion quotidienne d'une classe et se révèlent indissociables du développement des compétences cognitives. L'implication des enseignants dans les autres catégories de programmes de prévention comme l'éducation des parents ou la postvention ne peut être générale car elle est fonction de la compétence des enseignants et des contextes sociaux, culturels et historiques dans lesquels l'action éducative s'exerce. Par exemple, en

tion du suicide. Les études révisées dans ce chapitre révèlent qu'un tel mandat, pour des problèmes aussi complexes que les conduites suicidaires, va au-delà de leurs ressources affectives et cognitives. Le même raisonnement pourrait s'appliquer pour les interventions qui concernent les autres problèmes d'adaptation.

LES PROBLÈMES LIÉS À LA RECHERCHE ÉVALUATIVE

Certaines perceptions, comme le fait que l'évaluation de programme est une démarche extérieure au programme, ou certaines craintes, comme celle voulant que l'évaluation de programme ne compromette la survie du programme, représentent des obstacles réels qui nuisent à la réalisation des études. Or, sans les connaissances apportées par la recherche évaluative sur les modèles théoriques à privilégier ou sur les conditions à réunir pour une implantation réussie, la prévention piétine. Outre ces difficultés, et qui ont souvent été évoquées, d'autres

LA HÂTE AVEC LAQUELLE PLUSIEURS PROGRAMMES ONT ÉTÉ MIS EN ŒUVRE DANS LE PASSÉ SANS CONSULTATION PRÉALABLE AVEC LES RESPONSABLES DES MILIEUX IMPLIQUÉS, NON SEULEMENT CEUX DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MAIS AUSSI CEUX DE PREMIÈRE LIGNE ET DU RÉSEAU DE L'ÉDUCATION, N'EST PAS ÉTRANGÈRE AUX PIÈTRES RÉSULTATS À CE JOUR.

milieu défavorisé, le lien parents et enseignants est particulièrement important, ce qui milite en faveur de la collaboration de ces derniers dans l'actualisation des programmes d'éducation parentale. Enfin, les orientations de la commission scolaire, la disponibilité des ressources en santé mentale, le ratio élèves-enseignant sont autant d'éléments qui doivent être pris en considération en raison de l'influence qu'ils exercent sur le rôle des enseignants dans les programmes de prévention en milieu scolaire.

L'implication des élèves devrait probablement se limiter aux programmes d'aide par les pairs. Deux conditions nous paraissent cependant requises : 1) les élèves présentent de bonnes ressources cognitives, affectives et relationnelles et 2) ils sont des *leaders* naturels dans le milieu scolaire. Toutefois, ces programmes, même s'ils abordent la question du suicide comme celles d'autres problématiques qui touchent les jeunes, doivent éviter de confier aux élèves un mandat de préven-

explications peuvent être avancées : la prépondérance du paradigme expérimental et le manque de ressources en recherche évaluative.

La prépondérance du paradigme expérimental en recherche évaluative a fait en sorte que l'analyse des effets a été utilisée de façon excessive aux dépens d'autres types d'analyse comme l'analyse stratégique ou l'analyse de l'intervention. Parmi les 15 programmes évalués au Canada de 1970 à 1996, une analyse des effets avec des devis de recherche de type quasi expérimental a été utilisée dans toutes les évaluations. Une analyse d'implantation a été ajoutée pour trois évaluations et une analyse de structure ou de processus pour trois autres évaluations (Breton et Boyer, 2000). Aucune recherche évaluative n'a questionné la pertinence et les modalités d'intervention sur le problème du suicide (analyse stratégique) ou étudié la base théorique du programme et sa capacité (ressources et opérations) à atteindre les objectifs.

Par ailleurs, le défi de réunir les ressources nécessaires à la réalisation de recherches évaluatives est de taille puisqu'il touche certes les budgets mais aussi et surtout l'expertise disponible pour ce champ de recherche. Le nombre des experts est en effet insuffisant et les universités ne répondent pas aux besoins. Les responsables de programmes, soucieux d'établir des partenariats avec des chercheurs, doivent donc se tourner vers d'autres façons de fonctionner ou alors remettre *sine die* leur projet d'évaluation. Les organismes subventionnaires devraient favoriser le développement de programmes qui impliquent des partenariats entre responsables de programme et chercheurs. Les droits et les obligations des deux parties devraient être précisés dans la demande d'évaluation. Ainsi, les responsables de programme et les évaluateurs connaîtraient dès le départ leurs attentes réciproques et le niveau d'implication requis de chacun aux différentes étapes. La démarche évaluative répondrait ainsi aux besoins des deux partenaires, ce qui favoriserait l'atteinte des objectifs.

DÉFIS À RELEVER

Accroître la rigueur dans le développement des programmes, sortir du fonctionnement en vase clos et s'assurer de conditions adéquates pour le développement des programmes constituent les trois défis à relever dans le futur.

Plus de rigueur dans le développement des programmes se révèle être le premier défi à relever en prévention du suicide. Si un programme se définit comme « un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population définie » (Pineault et Daveluy, 1995), la planification de cet « ensemble organisé, cohérent et intégré » implique que les activités soient logiquement liées les unes aux autres. Il faut alors s'assurer que la base théorique du programme soit formulée et comprise par tous les acteurs concernés. Trois avantages en découlent. Premièrement, les facteurs de risque et de protection sont bien définis, en lien avec le problème du suicide et susceptibles d'être modifiés par les opérations du programme. Deuxièmement, il en découle que l'évaluation du programme repose sur une base solide qui permet une meilleure interprétation des résultats de la démarche évaluative. Enfin, un programme cohérent et organisé peut être plus facilement généralisé à d'autres milieux d'intervention.

Le deuxième défi est de sortir du fonctionnement en vase clos qui caractérise

les programmes de prévention et de promotion en santé mentale. Les responsables de programmes ne peuvent plus ignorer les connaissances acquises dans les études longitudinales sur le développement des problèmes d'adaptation. Il devient essentiel alors de développer des collaborations entre les responsables de programmes de prévention du suicide, de la toxicomanie, de la violence, du décrochage scolaire, etc. Ces différents problèmes d'adaptation constituent des manifestations ou des conséquences de la présence de troubles mentaux, comme cela est bien démontré pour le problème du suicide, ce qui a été mis en évidence dans les travaux de Vitaro et Gagnon (2000). Ce sont les mêmes facteurs qui président à l'émergence des troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'opposition/des conduites et déficit de l'attention avec hyperactivité. Les variables familiales comme le stress parental, la santé mentale des parents, une histoire familiale de troubles mentaux, le statut marital et la relation parent-enfant sont particulièrement associées à ces troubles mentaux (Breton et Boyer, 2000). Paradoxalement, les variables familiales sont peu ciblées par les programmes de prévention du suicide. Il serait intéressant par exemple que les responsables de programmes de prévention du suicide et de la violence en milieu scolaire s'assoient à une même table et confrontent leurs connaissances respectives sur les facteurs qui président à l'émergence de ces deux problèmes d'adaptation. La pertinence d'une action concertée sur ces deux problèmes d'adaptation pourrait alors être mieux comprise et acceptée.

Le troisième défi est de s'assurer que les conditions qui doivent entourer la mise en place des programmes soient présentes. Le succès des programmes dépend de la préparation du milieu, de la durée et de l'intensité des programmes, de leur continuité, de la formation et du soutien des intervenants, de la présence d'un financement récurrent, etc., et de la nécessaire collaboration entre tous les acteurs impliqués dans le développement du programme, qui représente une condition clé. Ainsi, des réticences à collaborer entraînent toujours, tôt ou tard, des conséquences négatives sur la mise en œuvre du programme. Il est recommandé d'identifier tous les acteurs, d'établir leur importance respective, de définir avec eux les rôles qu'ils souhaitent jouer et de s'assurer de leur participation tout au long de l'implantation. À cet égard, la formation d'un comité du programme composé des différents acteurs représente une condition nécessaire à la réussite du programme.

PERSPECTIVES

L'absence de données probantes ne doit cependant pas servir de prétexte à l'inaction, ce qui serait d'ailleurs inacceptable d'un point de vue éthique étant donné l'ampleur et l'évolution du phénomène depuis les dernières décennies. Cela devrait au contraire être compris comme une invitation pressante à poursuivre et même à accroître les efforts consacrés à la recherche, au développement et à l'expérimentation d'actions qui seraient véritablement efficaces. La revue effectuée a d'ailleurs montré que plusieurs stratégies sont susceptibles de l'être. Ainsi, aucune stratégie ne devrait être écartée d'emblée à l'exception des activités de sensibilisation qui s'adressent à des groupes de jeunes. Parmi celles qui semblent les plus prometteuses, il y a la formation des médecins généralistes, le contrôle de l'accessibilité aux moyens et les réseaux de sentinelles, des constats auxquels est aussi parvenu un groupe d'experts de 15 pays réunis par l'American Foundation for Suicide Prevention et l'Organisation mondiale de la santé (Mann *et al.*, 2005). En outre, il faudra éviter que les programmes d'aide par les pairs ne confient aux jeunes une mission de *counselling* ou de prévention du suicide, une responsabilité trop lourde pour eux, et qui incombe aux professionnels.

Enfin, l'importance d'agir tôt, dès les premières années de vie, sur les facteurs, tant environnementaux qu'individuels, qui contribuent au développement de la vulnérabilité apparaît comme une autre condition essentielle au succès de la prévention. Ainsi, d'un point de vue de santé publique, la prévention du suicide apparaît comme étant intimement liée aux efforts qui visent à prévenir des conditions de vie défavorables durant l'enfance, des événements de vie critiques comme l'intimidation et le taxage, les inégalités socioéconomiques, les problèmes de toxicomanie et la discrimination (Beautrais, 2007).

Bibliographie

- ABBEY, K.J., C.H. MADSEN et R. POLLAND (1989). « Short-term suicide curriculum. Awareness », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 9, n° 2, p. 216-227.
- ANGERSTEIN, G., S. LINFIELD-SPINDLER et L. PAYNE (1991). « Evaluation of an urban school adolescent suicide program », *School Psychology International*, vol. 12, p. 25-48.
- ASELTINE, R.H. et R. DEMARTINO (2004). « An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program », *American Journal of Public Health*, vol. 94, n° 3, p. 446-451.

BEAUTRAIS, A. (2007). *Interventions to Address Youth Suicide*, diapositives *Power-Point* présentées lors d'un atelier de travail sur le suicide des adolescents tenu lors du XXIVth World Congress de l'International Association on Suicide Prevention, Killarney, Irlande.

BÉLANGER, J. et G. SYLVAIN (1991). *Évaluation de l'impact de la Semaine du Mieux-vivre*, Sherbrooke, Fondation J.E.V.I.

BERTOLOTE, J. (1996). « World Health Organization approaches to suicide prevention », dans R.F. RAMSAY et B.L. TANNEY (dir.), *Global Trends in Suicide Prevention*, Mumbai, Tata Institute of Social Sciences, p. 95-106.

BOWEN, P., M. CHOQUET, F. LADAME, G. KJELLBERG et M. PERRET-CATIPOVIC (2000). *Youth Suicide Prevention Programs: Review of Literature Published in English or French Between 1990 and 1999*, Genève, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève.

BRETON, J.-J., et R. BOYER (2000). « Prévention du suicide », dans F. VITARO et C. GAGNON (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome 1, Les problèmes internalisés*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 271-304.

BRETON, J.-J., R. BOYER, H. BILODEAU, S. RAYMOND, N. JOUBERT et M.A. NANTEL (1998). *Bilan des recherches évaluatives sur les programmes d'intervention et de prévention du suicide chez les jeunes au Canada. Contexte théorique et résultats*, document ronéotypé, Montréal.

BRETON, J.-J., R. BOYER, H. BILODEAU, S. RAYMOND, N. JOUBERT et M.A. NANTEL (2002). « Is evaluative research on youth suicide programs theory-driven? The Canadian experience », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, n° 2, p. 176-190.

CIFFONE, J. (1993). « Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents », *Social Work*, vol. 38, n° 2, p. 197-203.

DAIGLE, M., L. BEAUSOLEIL, J. BRISOUX, S. RAYMOND, L. CHARBONNEAU et J. DESAULNIERS (2002). *Semaine de prévention du suicide et clientèle hommes*, rapport d'évaluation présenté au MSSS, Québec.

DAVIDSON, M.W. et M.L. RANGE (1999). « Are teachers of children and young adolescents responsive to suicide prevention training modules? Yes », *Death Studies*, vol. 23, p. 61-71.

DENONCOURT, S., M. FORGET, L. JOBIN, M.F. VEILLEUX et S. VEILLEUX (1994). *Évaluation d'un programme de prévention du suicide dans un milieu scolaire*, Beauceville, Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

DISHION, T.J., J. MCCORD et F. POULIN (1999). « When interventions harm: Peer groups and problem behaviour », *American Psychologist*, vol. 54, p. 755-764.

DRYFOOS, J.G. (1991) « Adolescents at risk: A summation of work in the field. Programs and policies », *Journal of Adolescent Health*, vol. 12, p. 630-637.

EDDY, D.M., R.L. WOLPERT et M.L. ROSENBERG (1987). « Estimating the effectiveness of intervention to prevent youth suicide », *Medical Care*, vol. 25, p. 57-65.

EGGERT, L.L., E.A. THOMPSON, J.R. HERTING et L.J. NICHOLAS (1995). « Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 25, n° 2, p. 276-296.

EGGERT, L.L., E.A. THOMPSON, J.R. HERTING, B.P. RANDELL et J. MAZZA (1998). *Identifying and Assessing Youth at Risk for Suicidal Behaviors*, Seattle (WA), University of Washington.

EGGERT, L.L., E.A. THOMPSON, B.P. RANDELL. et K.C. PIKE (2002). « Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide - Risk behaviors, depression and drug involvement », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 15, n° 2, p. 48-64.

ETZERSDORFER, E., G. SONNECK et S. NAGEL-KUESS (1992). « Newspaper reports and suicide », *New England Journal of Medicine*, vol. 327, p. 502-503.

GADBOIS, J. et S. RAYMOND (1986). *Évaluation du programme de prévention du suicide en milieu scolaire: une approche communautaire*, document ronéotypé, Montréal.

GAGNÉ, M. et D. ST-LAURENT (2009). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes - 1981 à 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

GARLAND, A.F. et E. ZIGLER (1993). « Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications », *American Psychologist*, vol. 48, p. 169-182.

HAHN, R.A., O.O. BILUKHA, A. CROSBY, M.T. FULLYLOVE, A. LIBERMAN, E.K. MOSCICKI, S. SNYDER, F. TUMA et P. BRISS (2003). « First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: Firearms Laws », *MMWR*, vol. 52, p. 11-20.

HAZELL, P. et R. KING (1996). « Arguments for and against teaching suicide prevention in schools », *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, vol. 30, p. 633-642.

HENNIG, C.W., C.R. CRABTREE, et D. BAUM (1998). « Mental health CPR: Peer contracting as a response to potential suicide in adolescents », *Archives of Suicide Research*, vol. 4, p. 169-187.

ISACSSON, G. (2000). « Suicide prevention - A medical breakthrough? » *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 102, p. 113-117.

JULIEN, M. et J. LAVERDURE (2004). « Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes », en ligne, <<http://www.inspq.qc.ca/publications/defaultlien.asp?E=p&submit=1&NumPublication=280>>, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

KALAFAT, J. et M.C. ELIAS (1994). « An evaluation of a school-based suicide awareness intervention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 24, n° 3, p. 224-233.

KALAFAT, J. et C. GAGLIANO (1996). « The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 26, n° 4, p. 359-364.

KALAFAT, J. et D.M. RYERSON (1999). « The implementation and institutionalization of a school-based youth suicide prevention program », *Journal of Primary Prevention*, vol. 19, n° 3, p. 157-175.

KATAOKA, S., B.D. STEIN, E. NADEEM et M. WONG (2007). « Who gets care? Mental health service use following a school-based suicide prevention program », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 46, n° 10, p. 1341-1348.

KIRBY, D. (1985). « Sexuality education: A more realistic view of its effects », *Journal of School Health*, vol. 55, p. 421-424.

KLINGMAN, A. et Z. HOCHDORF (1993). « Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescent », *Journal of Adolescence*, vol. 16, p. 121-140.

LAFROMBOISE, T.D. et B. HOWARD-PITNEY (1995). « The Zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 42, p. 479-486.

LESTER, D. (1997). « The effectiveness of suicide prevention centers: A review », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 27, n° 3, p. 304-310.

LEWIS, M.W. et A.C. LEWIS (1996). « Peer helping programs: Helper role, supervisor training, and suicidal behaviour », *Journal of Counselling and Development*, vol. 74, p. 307-313.

MAINE, S., R. SHUTE et G. MARTIN (2001). « Educating parents about youth suicide: Knowledge, response to suicidal statements, attitudes, and intentions to help », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, n° 3, p. 320-332.

MANN, J.J., A. APTER, J. BERTOLOTE, A. BEAUTRAIS, D. CURRIER, A. HAAS, U. HEGERL, J. LÖNNQVIST, K. MALONE, A. MARUSIC, L. MEHLUM, G. PATTON, M. PHILLIPS, W. RUTZ, Z. RIHMER, A. SCHMIDTKE, D. SCHAFFER, M. SILVERMAN, Y. TAKAHASHI, A. VARNIK, D. WASSERMAN, P. YIP et H. HENDIN (2005). « Suicide prevention strategies: A systematic review », *JAMA*, vol. 294, n° 16, p. 2064-2074.

MCCORMICK, M., J. FOLCIK et A. IZZO (1985). « Sex-education needs and interests of high-school students in a rural New York county », *Adolescence*, vol. 20, p. 581-592.

MISHARA, B. (1998). *Résultats préliminaires d'une évaluation du programme de prévention primaire auprès des jeunes. Plein le dos*, document ronéotypé, Université du Québec à Montréal.

- MISHARA, B. et M. DAIGLE (2001). « Helplines and crisis intervention services: Challenges for the future », dans D. LESTER (dir.), *Suicide Prevention: Resources for the Millennium*, Philadelphie, Brunner-Routledge, p. 153-171.
- MISHARA, B. et M. YSTGAARD (2001). *Evaluation of the Revised Reaching Young Europe Programme in Denmark and Lithuania*, document ronéotypé, Université du Québec à Montréal.
- MORIN, C. (1994). *Étude d'impact de la semaine du goût de vivre*, document ronéotypé, Montréal.
- MOSCICKI, E. (1998). « Epidemiology of suicide », dans D.G. JACOBS (dir.), *Guide to Suicide Assessment and Intervention*, Boston, Harvard Medical School, p. 40-72.
- MUIR-GRAY, J.A. (2001). « Evidence-based screening in the United Kingdom », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 17, n° 3, p. 400-408.
- O'CARROLL, P.W., J.A. MERCY, J.C. HERSEY, C. BOUDREAU et M. ODELL-BUTLER (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control.
- ORBACH, I. et H. BAR-JOSEPH (1993). « The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity and coping », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 23, n° 2, p. 120-129.
- OVERHOLSER, J.C., A. HUSTON HEMSTREET, A. SPIRITO et S. VYSE (1989). « Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal experiences », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 28, n° 6, p. 925-930.
- PINEAULT, R. ET C. DAVELUY (1995). *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles.
- RANDELL, B.P., L.L. EGGERT et K.C. PIKE (2001). « Immediate post-intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, p. 41-61.
- RAYMOND, S., D. ROUTHIER, B. MISHARA et L. CHARBONNEAU (2003). « Nouveau programme de prévention du suicide chez les jeunes: résultats d'une évaluation », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, n° 1, p. 255-271.
- RENAUD, J. et F. CHAGNON (2003). *État des suicides chez les jeunes qui ont reçu des services des Centres jeunesse au Québec. Volet 1: prévalence des suicides et caractéristiques associées*, document ronéotypé.
- REYNOLDS, W.M. (1991). « A school-based procedure for the identification of adolescents at risk for suicidal behaviours », *Family Community Health*, vol. 14, n° 3, p. 64-75.
- RICHTERS, J.E. (1997). « The Hubble hypothesis and the developmentalist's dilemma », *Developmental Psychology*, vol. 9, p. 193-229.
- RIHMER, Z., N. BELSÖ et S. KALMAR (2001). « Antidepressants and suicide prevention in Hungary », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 103, p. 238-239.
- RUTZ, W., J. WÄLINDER, L. VON KNORRING, Z. RIHMER et H. PIHLGREN (1997). « Prevention of depression and suicide by education-impact on male suicidality. An update of Gotland study », *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 1, p. 39-46.
- SAINT-LAURENT, D. et M. GAGNÉ (2007). *Surveillance des suicides au Québec: les décès imputables aux suicides dans la population québécoise*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- SHAFFER, D. et L. CRAFT (1999). « Methods of adolescent suicide prevention », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 60, suppl. 2, p. 70-74.
- SHAFFER, D., A. GARLAND, V. VIELAND, M. UNDERWOOD et C. BUSNER (1991). « The impact of curriculum based suicide prevention programs for teenagers », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 4, p. 588-596.
- SHAFFER, D., M. SCOTT, H. WILCOX et AL. (2004). « The Columbia suicide screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, p. 71-79.
- SHAFFER, D., V. VIELAND, M. ROJAS, M. UNDERWOOD et C. BUSNER (1990). « Adolescent suicide attempters. Response to suicide prevention programs », *JAMA*, vol. 264, n° 24, p. 3151-3155.
- SHAH, C.P. (1995). *Médecine préventive et santé publique au Canada*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- SONNECK, G., E. ETZERSDOFER et S. NAGERL-KUESS (1994). « Imitative suicide on the Viennese subway », *Social Sciences Medicine*, vol. 38, n° 2, p. 453-457.
- SPIRITO, A., J. OVERHOLSER, S. ASHWORTH, J. MORGAN et C. BENEDICT-DREW (1988). « Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school student », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 27, n° 6, p. 705-711.
- STUART, C., J.D. WAALLEN et E. HAELSTROMM (2003). « Many helping hearts: An evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment », *Death Studies*, vol. 27, p. 321-333.
- THOMPSON, E.A., L.L. EGGERT, B.P. RANDELLE et K.C. PIKE (2001). « Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, p. 742-752.
- TOUMBOUROU, J.W. et E. GREGG (2002). « Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors », *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, p. 277-285.
- VIELAND, V., B. WHITTLE, A. GARLAND, R. HICKS et D. SHAFFER (1991). « The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18 month follow up », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, n° 5, p. 811-815.
- VITARO, F., et C. GAGNON (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1, Les problèmes internalisés; Tome 2, Les problèmes externalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). « Suicide rates and absolute numbers by country: Introduction », en ligne, <http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf>, consulté le 2009-04-03.
- WYN, J., H. CAHILL, R. HOLDSWORTH, L. ROWLING et S. CARSON (2000). « Mindmatters a whole school approach promoting mental health and well being », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, p. 597-601.
- ZENERE, F.V. et P.J. LAZARUS (1997). « The decline of youth suicidal behavior in an urban multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 27, n° 4, p. 387-402.

Notes

1. Les devis méthodologiques des études retenues peuvent être variés. Ainsi, l'efficacité des interventions qui s'adressent à des groupes de personnes, comme c'est le cas des programmes de sensibilisation, est la plupart du temps évaluée à partir d'études de cohortes, alors que celle des interventions qui touchent de larges segments de la population, comme c'est le cas des lignes téléphoniques, l'est à partir de devis écologiques, transversaux ou longitudinaux. Très peu d'études sont basées sur une méthodologie d'essais comparatifs, randomisés ou non randomisés. Il a été résolu de ne pas éliminer d'études sur la base de critères relatifs à la robustesse des devis, un aspect cependant pris en considération dans la présentation des résultats et dans la discussion. Pour plus d'informations sur la démarche, voir Julien et Laverdure, 2004.
2. Au Québec, de 1995 à 1999, le tiers des jeunes qui se sont suicidés avaient reçu des services des centres jeunesse (Renaud et Chagnon, 2003), une estimation conservatrice quand on sait que les lois sur l'archivage des dossiers ne permettent aux centres jeunesse de les archiver que pour une période de cinq ans. La clientèle des centres jeunesse est donc particulièrement à risque. Il serait pertinent de se demander si on a consenti suffisamment d'efforts pour soutenir les initiatives dans les centres jeunesse comparativement au soutien qui a été apporté aux initiatives menées dans le milieu scolaire en général.

Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants

Résumé

Les adolescents délinquants ou présentant des troubles de la conduite constituent une population particulièrement à risque de tentatives et de menaces suicidaires, tout comme de suicides complétés. Ils représentent une population qui n'est cependant que peu étudiée au regard du risque suicidaire. Dans cet article, une recension des écrits permet dans un premier temps l'examen des liens entre la délinquance et le suicide et de saisir l'importance de la problématique. Puis, il y est question des facteurs de risque spécifiques aux jeunes délinquants. Finalement, des pistes de réflexion pour améliorer l'intervention et des propositions pour des recherches futures auprès de cette clientèle à risque sont proposées.

Mots clés: *suicide – délinquance – facteurs de risque – jeunes contrevenants – comportements suicidaires.*

Abstract

Delinquent adolescents are at high risk of suicide and suicidal behaviour. This population is nevertheless not studied a lot with regard to the suicidal risk. In this article, we present a review of literature concerning risk of suicide and risk of delinquency. After, we examine the risk factors that are specific to young offenders' population. Finally, we discuss the intervention strategies and further researches needed in this domain.

Keywords: *suicide – delinquency – risk factors – juvenile offenders – suicidal behaviour.*

Catherine Laurier, Ph.D.,
stagiaire postdoctorale, CRISE,
Université du Québec à Montréal.

Au Québec, le suicide représente la seconde cause de mortalité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans et la première cause chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans (St-Laurent et Gagné, 2008). Pour l'année 2006, les taux de mortalité par suicide étaient de 7,4/100 000 pour les 15-19 ans et de 14,9/100 000 pour les 20-34 ans (St-Laurent et Gagné, 2008). Alors que les adolescentes sont plus nombreuses à commettre des tentatives de suicide, les adolescents de 15-19 ans sont de 2,5 à 4,5 fois plus nombreux à se suicider que les adolescentes du même âge (Kotila et Lönnqvist, 1988; Psychiatry, 2001).

Plusieurs études portant sur les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les adolescents ont été réalisées, principalement aux États-Unis (Abram *et al.*, 2008; Battle, Battle et Tolley, 1993; Brent, Bridge, Johnson et Connolly, 1996; Brent et Bridge, 2007; Brent, Perper, Moritz, Allman *et al.*, 1993; Brent, Perper, Moritz, Liotus *et al.*, 1994; Hayes, 2005; Langhinrichsen-Rohling, Arata, Bowers, O'Brien et

Morgan, 2004; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta et Bridge, 1999; Rohde, Mace et Seeley, 1997; Rohde, Seeley et Mace, 1997) et en Nouvelle-Zélande (Beautrais, 2000, 2001, 2002, 2003a; Fergusson, Horwood, Ridder et Beautrais, 2005). Les adolescents délinquants ou présentant des troubles de la conduite sont une population particulièrement à risque de tentatives et de menaces suicidaires, tout comme de suicides complétés. En effet, aux États-Unis, le risque de suicide complété au sein de la population délinquante juvénile est estimé à 57/100 000, un taux 4,6 fois supérieur à ce qui est retrouvé dans la population générale (Memory, 1989).

Le suicide et les comportements suicidaires sont généralement associés à la présence de troubles intériorisés tels l'anxiété, les symptômes dépressifs ou de retrait, occultant le lien avec les troubles externalisés que sont les conduites agressives, oppositionnelles et l'ensemble des comportements perturbateurs. Or, les individus présentant des troubles externalisés sont particulièrement à risque lorsqu'ils expérimentent des affects dépressifs. En effet, en raison de la place que prennent les comportements perturbateurs, dérangeants

ou délinquants dans l'organisation de la prise en charge et de l'importance des ressources mobilisées pour y faire face dans le milieu, les adolescents peuvent ne pas recevoir tout le soutien dont ils auraient besoin en ce qui a trait à leurs symptômes intériorisés. Les intervenants sont souvent submergés par la réponse qu'ils doivent fournir au regard des comportements délinquants proprement dits, ce qui ne laisse pas suffisamment d'espace et de ressources à la considération des problèmes intériorisés que peuvent néanmoins présenter ces adolescents. En effet, dans les centres jeunesse et les institutions spécifiques aux délinquants, l'accent est mis sur le traitement des comportements propres à la délinquance et à l'agressivité qui apparaissent au premier plan et sollicitent l'ensemble des ressources. De fait, ces problèmes comportementaux sont ceux ayant conduit à la prise en charge. Néanmoins, les jeunes contrevenants et délinquants peuvent présenter des troubles intériorisés et nécessiter des interventions afin de les traiter et réduire leurs conséquences (Domalanta, Risser, Roberts et Risser, 2003; Goldstein, Olubadewo, Redding et Lexcen, 2005; T.R. Goldstein *et al.*, 2005). En définitive, même si les taux de suicide et le nombre de tentatives de suicides sont très élevés chez les délinquants juvéniles, très peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la situation du suicide dans cette population.

Cet article a pour objectifs : 1) d'examiner les liens entre la délinquance et le suicide; 2) d'identifier les facteurs de risque spécifiques aux jeunes délinquants et examiner ce qui distingue les adolescents délinquants suicidaires et non suicidaires; 3) de proposer des pistes de réflexion pour améliorer l'intervention et la recherche auprès de cette clientèle à risque.

MÉTHODE

Une recension des écrits des facteurs associés aux comportements suicidaires chez les adolescents délinquants sera d'abord présentée. À cette fin, nous avons utilisé les bases de données *Psychinfo* et *Medline* que nous avons interrogées à l'aide des termes suivants : *suicidal behaviors OR suicide OR parasuicide AND adolescence OR youths OR young offenders AND conduct disorder OR young offenders OR juvenile justice* pour les années 2000 à 2008 en français et en anglais. Cette recherche a identifié 37 articles scientifiques. Nous avons ensuite retiré de cette liste les articles ne traitant pas des adolescents ou ceux dont le sujet n'était pas le suicide ou les comportements suicidaires. Nous avons par la suite étudié les listes des références des articles restants pour en

tirer les articles les plus importants publiés avant l'année 2000. Finalement, nous sommes en mesure d'inclure 116 articles ou chapitres de livres à notre recension des écrits.

Afin de situer ces facteurs dans la dynamique personnelle de l'adolescent et de comprendre comment ils s'influencent, nous utiliserons une approche systémique où seront d'abord abordés les facteurs personnels de l'adolescent. Puis, nous observerons les facteurs appartenant aux microsystèmes. Finalement, nous étudierons l'impact de facteurs organisationnels sur l'apparition des comportements suicidaires chez les adolescents délinquants. Afin d'examiner comment les facteurs associés aux comportements suicidaires peuvent interagir avec les facteurs associés à la délinquance juvénile, nous nous appuierons sur des données issues de la littérature scientifique en ce qui concerne les aspects développementaux de la délinquance juvénile et du trouble des conduites.

ÉTENDUE DE LA PROBLÉMATIQUE

Les études effectuées au Québec concernant les comportements suicidaires chez les adolescents délinquants sont rares. Cependant, celles qui se sont attardées à des populations apparentées (jeunes sous la protection de la jeunesse et présentant des troubles de comportements) confirment les données retrouvées aux États-Unis voulant que les délinquants juvéniles présentent un risque élevé de comportements suicidaires.

Au Québec, en 2004-2005, 6089 adolescents au total ont reçu des services correctionnels (détention provisoire, détention après condamnation, probation, garde et surveillance différées, partie communautaire des peines sous garde) sous la LSJPA (Loi sur le système de justice pénale pour adolescents) (Services communautaires et placement sous garde des jeunes, 2007). À partir de l'analyse des rapports du coroner après un suicide, l'étude de Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, réalisée au Québec en 2004, a mis de l'avant que les adolescents pris en charge par les centres jeunesse au Québec risquent quatre fois plus de se suicider que les adolescents de la population en général. De ces jeunes, ceux pris en charge par la Loi des jeunes contrevenants (LJC – loi en vigueur au moment de la recherche) ou hébergés en raison de troubles de comportements (article 38h de la Loi de la protection de la jeunesse – LPJ) sont encore plus vulnérables, le risque de suicide étant de 8,3 fois supérieur à celui des adolescents québécois (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004). Ces résultats doivent cependant être interpré-

tés avec prudence puisqu'ils ne concernent qu'un très petit nombre de jeunes suicidés au cours des années 1995-1996 ($n = 177$), dont seulement 57 avaient un dossier aux centres jeunesse du Québec. Néanmoins, la prise en charge, résultant des comportements délinquants, pourrait constituer un facteur amplifiant le risque suicidaire. Les explications possibles de cette association seront explorées plus en détail dans le présent article.

En plus des risques de suicides complétés, les tentatives de suicide ont aussi des conséquences importantes. Les études rapportent qu'entre 1,4% et 3,7% (Breton, Légaré, Laverdure et D'Amours, 2002; St-Laurent et Bouchard, 2004) des adolescents révèlent avoir tenté de s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois au Québec. Les tentatives de suicide sont donc beaucoup plus fréquentes que les suicides complétés chez les adolescents (de 20 à 200 tentatives pour un suicide complété) (Esposito et Clum, 2002; Kempton et Forehand, 1992).

L'étude de Chagnon (2000) réalisée auprès de 210 adolescents hébergés en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) ou des jeunes contrevenants (LSJPA ou LJC selon l'année de l'étude) révèle que 35% rapportent au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Chagnon, 2000). Une autre étude au Québec effectuée auprès de 351 jeunes hébergés dans les centres jeunesse arrive à des résultats similaires, soit que 33% des jeunes rapportent au moins une tentative de suicide à vie (Pronovost et Leclerc, 2002). Aux États-Unis, selon les études, de 16% à 61% des adolescents incarcérés révèlent avoir fait une tentative au cours de la dernière année (Alessi, McManus, Brickman et Grapentine, 1984; Dembo *et al.*, 1990; Esposito et Clum, 2002; Howard, Lennings et Copeland, 2003; Kempton et Forehand, 1992; Morris, Harrison, Knox, Tromanhauser *et al.*, 1995); et de 13,5% à 52% auraient des comportements ou idéations suicidaires (Davis, Bean, Schumacher et Stringer, 1991; Esposito et Clum, 2002; Morris *et al.*, 1995).

FACTEURS ASSOCIÉS AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES – LE CAS DES ADOLESCENTS DÉLINQUANTS

FACTEURS INDIVIDUELS

Les facteurs individuels sont ceux qui caractérisent l'adolescent. Dans cette section seront abordés les événements difficiles et stressants du passé lointain et récent, la psychopathologie et les troubles de consommation de substances, les traits de personnalité et les habiletés de *coping*.

Événements stressants

Les événements de vie difficiles et stressants dans le passé des adolescents sont des facteurs ayant pu contribuer à la fois à l'instauration de la délinquance et des comportements suicidaires. Ainsi en est-il de la prise en charge par les centres jeunesse (Farand *et al.*, 2004) ou les *foster care* (Alltucker, Bullis, Close et Yovanoff, 2006; Ryan et Testa, 2005) et les abus sexuels et/ou physiques dans l'enfance (Alessi *et al.*, 1984; Battle *et al.*, 1993; Beautrais, 2000, 2003 a; Brent et Bridge, 2007; Chagnon, Renaud et Farand, 2001; Daigle et Côté, 2006; Esposito et Clum, 2002; Flouri, 2005; Flouri et Buchanan, 2002; Hayes, 2005; Howard *et al.*, 2003; Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz et Spirito, 2003; Psychiatry, 2001; Rohde, Mace *et al.*, 1997; Rohde, Seeley *et al.*, 1997; Ryan et Testa, 2005; Zingraff, Leiter, Myers et Johnsen, 1993). Nous savons en effet que le fait d'être séparé de son milieu familial indique la présence de problèmes pouvant conduire à la compromission du développement de l'enfant et peut contribuer au développement de troubles d'adaptation (Alltucker *et al.*, 2006; Christoffersen, Soothill et Francis, 2007), notamment à l'établissement de la délinquance. Les enfants qui ont déjà été pris en charge par le système de protection de l'enfance au début de l'adolescence seraient plus à risque de se retrouver dans le système judiciaire juvénile (Jonson-Reid, 2002; Ryan et Testa, 2005). Beaucoup plus que l'influence plus ou moins importante d'un événement par rapport à un autre, c'est l'accumulation des situations difficiles dans l'enfance qui met un jeune à risque de délinquance (DeMatteo et Marczyk, 2005; Lay, Ihle, Esser et Schmidt, 2005) et de tentative de suicide (Dube *et al.*, 2001). Ainsi, un enfant ayant vécu plusieurs situations difficiles générant un stress élevé sera plus à risque de développer ensuite des problèmes de tous ordres, incluant la délinquance et les conduites suicidaires.

Outre les événements de vie difficiles dans le passé, les événements stressants vécus récemment amplifient le risque de suicide et peuvent jouer un rôle de déclencheur du geste suicidaire (Beautrais, 2000, 2003 b; Portzky, Audenaert et van Heeringen, 2005; Psychiatry, 2001; Rohde, Mace *et al.*, 1997). Une étude récente établit un lien entre les expériences traumatiques et les idéations suicidaires chez les adolescents détenus (Chapman et Ford, 2008). Les événements les plus souvent associés au risque de suicide chez les adolescents sont la perte récente d'une relation (Beautrais, 2003a; Brent *et al.*, 1994; Flouri et Buchanan, 2002; Portzky *et al.*, 2005; Psychiatry, 2001; Woolf et Fink,

1985), des sanctions disciplinaires ou judiciaires (Beautrais, 2000, 2001, 2003a; Chagnon *et al.*, 2001; Flouri et Buchanan, 2002; Otzenberger, 2003; Psychiatry, 2001; Wilson, Stelzer, Bergman, Kral *et al.*, 1995; Woolf et Fink, 1985), être sans emploi (Beautrais, 2003 a; Chagnon *et al.*, 2001; Woolf et Fink, 1985) ou avoir vécu le suicide d'un membre de la famille ou d'un proche (Flouri et Buchanan, 2002; Pena et Caine, 2006). Les conflits familiaux (Brent *et al.*, 1994; Portzky *et al.*, 2005; Wilson *et al.*, 1995) figurent aussi parmi les facteurs déclencheurs du geste suicidaire chez les adolescents, même s'ils peuvent sembler minimes et sans graves conséquences pour un observateur externe (Beautrais, 2001). Or, il est appert que les familles desquelles sont issus les jeunes délinquants sont conflictuelles et marquées par une escalade d'altercations (Patterson, DeBaryshe et Ramsey, 1989). C'est la détresse vécue par le jeune à la suite des conflits qu'il est important d'évaluer afin de saisir l'importance qu'ils peuvent revêtir.

vécue par l'adolescent (Chagnon, Houle, Marcoux et Renaud, 2007; Gallagher et Dobrin, 2006; Rohde, Seeley *et al.*, 1997; Wasserman et McReynolds, 2006). Être incarcéré pour la première fois constitue un stress important à cause notamment des incertitudes qui y sont associées et des ruptures entraînées avec les réseaux habituels (Roberts et Bender, 2006). En effet, la séparation du milieu naturel place l'adolescent dans une situation de vulnérabilité; or, cette séparation s'inscrit elle-même dans un processus pour pallier une autre situation de risque dans laquelle a pu se placer l'adolescent, en raison de conduites délinquantes (Chagnon *et al.*, 2001; Gallagher et Dobrin, 2006). Au niveau des représentations qu'elle suscite, la prise en charge peut signifier – du point de vue de l'adolescent – l'échec des activités délinquantes et la rupture avec un groupe et des activités qui faisaient jusqu'alors partie de son quotidien et contribuaient à définir son identité. L'adolescent peut se trouver sans repères face à cette inter-

D'UNE PART, L'ANXIÉTÉ PEUT ÊTRE LA MANIFESTATION
DE LA DÉTRESSE DE L'ADOLESCENT ET AINSI ÊTRE EN RELATION AVEC
LE DÉSESPOIR LE CONDUISANT AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES;
D'AUTRE PART, ELLE PEUT ÊTRE À CE POINT PARALYSANTE
POUR L'ADOLESCENT QU'IL NE PEUT ENTREVOIR D'AUTRE SOLUTION
À SON PROBLÈME (DANS CE CAS-CI LES ACTES DÉLINQUANTS
ET SES CONSÉQUENCES) QUE LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES.

Dans le cas des adolescents pris en charge par le système judiciaire, l'étude des événements récents pouvant contribuer aux conduites suicidaires mérite une attention particulière. En effet, si ces jeunes connaissent des sanctions judiciaires, plusieurs présentent conjointement d'autres facteurs de stress récents qui ne sont pas nécessairement spécifiques à la situation de délinquance ou de prise en charge, mais qui demeurent des amplificateurs du risque suicidaire (par exemple la perte d'un réseau social existant ou un changement d'école à la suite du placement). En ce sens, dès qu'un adolescent est pris en charge par un établissement de détention pour mineurs ou par le système judiciaire, il est important d'être vigilant quant à ses idéations suicidaires puisque plusieurs changements surviennent. De plus, l'hébergement ajoute en lui-même un stress supplémentaire à la situation déjà difficile

diction d'utiliser son mode de fonctionnement habituel. Cette rupture occasionnée par « l'arrêt des conduites délinquantes » peut ainsi représenter une perte importante pour l'adolescent – perte du statut délinquant, perte de liens affectifs, perte de plans d'avenir, perte du réseau social, etc. – et mener ultérieurement à une perte d'espoir chez ceux qui ne seront pas en mesure de trouver d'autres objectifs de vie et/ou de créer de nouveaux liens affectifs. En bref, l'adolescent est à risque lorsqu'il perd ses repères habituels et juge qu'il ne peut poursuivre ses activités délinquantes. Il importe cependant d'insister sur l'impact positif que peut revêtir un arrêt des conduites délinquantes lorsqu'il permet à l'adolescent d'expérimenter de nouvelles façons de faire et de se construire de nouveaux repères. Les intervenants devraient ainsi être particulièrement sensibles à la détresse causée par la perte du statut de