

CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE

Le suicide chez les jeunes :

**S.O.S.
Jeunes en détresse!**

**Avis du Conseil permanent de la jeunesse
au sujet de la prévention du suicide auprès des jeunes**

Février 1997

Recherche et rédaction

Yvan D'Amours

Comité aviseur

Marc-André Dowd, vice-président du Conseil

et responsable du comité

Stéphane Coudé, membre

Julie Lévesque, vice-présidente

Louis Morin, membre

Sophie Poirier, membre

Recherche documentaire

Serge Bertin

Secrétariat

Danielle Gagnon

Production

Marie Kronström

Photographies

Jean Désy

Conseil permanent de la jeunesse

875, Grande Allée Est, 3^e étage

Québec (Québec) G1R 5W5

Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 1996

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : 2-550-31209-0

AU SUJET DES PHOTOGRAPHIES

Les jeunes apparaissant sur les photos sont des étudiants en théâtre du cégep de Trois-Rivières. Le Conseil remercie chaleureusement ces derniers pour leur collaboration.

AU SUJET DES TÉMOIGNAGES

Certains témoignages publiés dans ce document ont été recueillis dans le cadre d'une enquête menée pour le CPJ auprès de jeunes ayant fait une tentative de suicide; d'autres sont extraits du film *Le spasme de vivre*, une production de l'Office national du film (ONF). Par souci de confidentialité, les prénoms ont été changés.

AVERTISSEMENT

Sauf dans les cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin est utilisé dans ce texte comme représentant les deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Avant-propos	6
Introduction	8
Chapitre 1. Quelle est l'ampleur du problème ? Les données les plus récentes	12
1.1 Une situation fort préoccupante	12
1.2 Des taux records de suicide qui augmentent encore!	14
1.3 Des régions plus touchées que d'autres	16
1.4 Des modes de suicide qui se sont modifiés	16
1.5 Des hospitalisations en hausse pour tentative de suicide	18
Chapitre 2. Pourquoi les jeunes se suicident-ils ? Les facteurs de risque associés au suicide	26
2.1 Quelques définitions	26
2.2 La contribution des maladies mentales aux suicides et aux tentatives de suicide	28
2.2.1 Dans le cas des suicides	28
2.2.2 Dans le cas des tentatives de suicide	31
2.3 La consommation abusive d'alcool, de médicaments ou de drogues (psychotropes)	32
2.4 Le fait d'avoir déjà attenté à ses jours	33
2.5 Les antécédents familiaux de suicide et les problèmes familiaux	35
2.6 L'orientation sexuelle	37
2.7 Le chômage ou le statut d'inactif	39
2.8 Les traits culturels, les valeurs et les convictions religieuses	41
En conclusion	42

Chapitre 3.	Comment prévenir ?	
	Les constats de la recherche scientifique	46
3.1	À propos du dépistage, de la référence et de l'intervention auprès des jeunes à risque de suicide	46
3.1.1	Le dépistage et la référence des jeunes en difficulté	46
3.1.2	Le traitement médical des jeunes suicidaires atteints de trouble mental	51
3.1.3	Le suivi psychosocial des jeunes qui ont attenté à leurs jours	55
3.2	À propos de la prévention du suicide en milieu scolaire	56
3.2.1	Les activités de sensibilisation s'adressant à tous les élèves	56
3.2.2	Les caractéristiques des programmes de prévention prometteurs	62
3.3	À propos des effets des centres de crise ou de prévention du suicide	64
3.4	À propos de la réduction de l'accès aux principaux instruments utilisés dans les cas de suicide	67
3.5	À propos du traitement médiatique des cas de suicide chez les jeunes	68
	En conclusion	69
Chapitre 4.	Les recommandations du Conseil pour réduire le suicide chez les jeunes	74
4.1	Premièrement, la prévention du suicide passe par l'amélioration des conditions de vie des jeunes dans notre société	74
4.2	Deuxièmement, la prévention du suicide doit faire l'objet d'un plan d'action gouvernemental énergique	77
4.3	Troisièmement, la prévention du suicide exige une plus grande collaboration et une meilleure concertation des partenaires sur le terrain	80
4.4	Quatrièmement, la prévention du suicide demande une plus grande sensibilisation et une meilleure formation des médecins et des intervenants sociaux oeuvrant auprès des jeunes	84
4.5	Cinquièmement, à l'école, dès le primaire, la prévention du suicide doit s'inscrire dans une démarche globale et intégrée de la promotion de la santé et de la prévention	86

4.6	Sixièmement, la prévention du suicide requiert une recherche accrue et une plus grande diffusion des connaissances	93
4.7	Septièmement, la prévention du suicide nécessite des mesures visant à réduire l'accès ou la dangerosité de certains instruments utilisés par les jeunes suicidaires	95
Conclusion		98
Annexe	<i>La prévention du suicide chez les jeunes : le point de vue des intervenants</i>	102
	Rapport de consultation Octobre 1996	
	1. Les intervenants des centres de prévention du suicide (CPS)	102
	2. Les intervenants du monde scolaire	110
	3. Les intervenants des maisons de jeunes	118
	4. Les intervenants en psychiatrie	121

Liste des figures

Figure 1	Taux annuel moyen de décès par suicide chez les jeunes, au Québec, 1993-1995, selon le groupe d'âge et le sexe	13
Figure 2	Évolution du taux annuel moyen de suicide des jeunes de 20 à 24 ans, au Québec, entre 1950 et 1995	13
Figure 3	Évolution récente du taux annuel moyen de décès par suicide chez les jeunes hommes	15
Figure 4	Évolution récente du taux annuel moyen de décès par suicide chez les jeunes femmes	15
Figure 5	Taux annuel moyen de suicide 1993-1995 chez les jeunes de 15 à 29 ans, selon le sexe et la région	17

Figure 6	Taux annuel moyen de suicide 1990-1992 et 1993-1995 chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans, selon la région	17
Figure 7	Taux annuel moyen de suicide 1990-1992 et 1993-1995 chez les jeunes femmes de 15 à 29 ans, selon la région	19
Figure 8	Principaux modes de suicide chez les jeunes de 15 à 29 ans, selon le sexe, de 1993 à 1995	19
Figure 9	Taux d'hospitalisation de jeunes suite à une tentative de suicide, selon le sexe et le groupe d'âge, au Québec, 1994-1995	21
Figure 10	Évolution récente des taux annuels d'hospitalisation de jeunes hommes suite à une tentative de suicide, au Québec, 1987-1995	21
Figure 11	Évolution récente des taux annuels d'hospitalisation de jeunes femmes suite à une tentative de suicide, au Québec, 1987-1995	22

Avant-propos

En septembre 1995, le Conseil permanent de la jeunesse a rendu public un rapport décrivant les problèmes de la délinquance et du suicide chez les jeunes Québécois et Québécoises¹. Le Conseil y a souligné, notamment, le taux particulièrement élevé de suicide qu'on trouve chez les jeunes du Québec, comparativement à ceux d'autres provinces ou d'autres pays. Le Conseil a également tiré la sonnette d'alarme devant la croissance soutenue du phénomène et son « rajeunissement » au sein de la population des jeunes. Dans son rapport, le Conseil s'est engagé à produire un avis concernant la prévention de ce grave problème.

Cet avis s'inscrit donc dans la foulée du rapport publié par le Conseil en septembre 1995. Aujourd'hui, le Conseil va au-delà des constats sur l'ampleur du problème et indique au gouvernement des voies d'actions concrètes en matière de prévention.

Le Conseil permanent de la jeunesse espère que la réflexion et les recommandations qu'il livre ici sauront inciter le gouvernement et ses partenaires à mettre en place des actions plus énergiques pour mieux prévenir le suicide chez les jeunes.

¹ Gouvernement du Québec, CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE. *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*, Québec, CPJ, 1995, 101 p.

Introduction

POURQUOI les jeunes se suicident-ils ? Voilà la question plus d'un millier de fois posée, chaque année, au Québec, par ceux et celles qui sont éprouvés par le suicide d'un jeune qu'ils connaissaient, qu'ils adoraient souvent, qu'ils plaignaient parfois. Parents, amis, conjoints, enseignants sont tous affectés à différents degrés. Geste insensé, tragédie humaine, phénomène complexe et encore mal expliqué, un siècle après les travaux de Durkheim, le suicide ne laisse personne indifférent. Et pourtant! L'intérêt ou la préoccupation qu'on y porte est trop souvent éphémère et ne dure que le temps d'une nouvelle publiée à la une des médias, à moins bien sûr que le deuil ne nous frappe de plein fouet.

Afin de mieux situer et de mieux comprendre le phénomène du suicide chez les jeunes et dans le but de proposer au gouvernement et à ses partenaires des voies d'action précises pour mieux prévenir le suicide, le Conseil permanent de la jeunesse a effectué différentes démarches qui l'ont conduit à cet avis.

Le Conseil a d'abord mis à jour les données statistiques se rapportant aux taux de suicide et de tentatives de suicide chez les jeunes du Québec. Le premier chapitre brosse donc un portrait de la situation. Le Conseil y décrit la situation du suicide pour la province et les régions ainsi que l'évolution du phénomène au cours des dernières années.

Dans les deuxième et troisième chapitres, le Conseil brosse un aperçu de la recherche scientifique portant sur les facteurs associés aux gestes suicidaires de même que sur la prévention et l'intervention dans ce domaine. Pour ce faire, il a consulté plus d'une centaine d'études scientifiques et de revues critiques parmi les plus récentes dont il dresse ici le bilan.

Enfin, dans le quatrième et dernier chapitre, le Conseil établit les principaux constats qu'il tire de son analyse du problème et adresse au gouvernement et à ses partenaires des recommandations visant à mieux prévenir le suicide. Ce drame humain qui constitue actuellement la première cause de décès chez les jeunes du Québec et qui nous interpelle tous individuellement et collectivement.

Pour mieux cerner les limites actuelles de la prévention du suicide et découvrir les voies d'action prometteuses, le Conseil a aussi jugé important de recueillir le point de vue de divers intervenants qui oeuvrent directement ou indirectement à la prévention du suicide auprès des jeunes. Au printemps 1996, le Conseil a ainsi rencontré près d'une centaine d'intervenants et a produit un rapport de consultation (celui-ci figure en annexe). On y trouve les propos de psychologues, de psycho-éducateurs, de travailleurs sociaux, d'enseignants, de psychiatres et d'autres personnes oeuvrant dans des centres de prévention du suicide, des CLSC, des écoles, des cliniques de psychiatrie, des centres de santé publique et des maisons de jeunes.

Conseil permanent de la jeunesse

Le Conseil a également commandé une étude auprès de jeunes ayant fait une tentative de suicide afin de mieux connaître leurs perceptions du problème et des moyens de le prévenir. Ceci a été rendu possible grâce à l'appui financier du Secrétariat à la jeunesse. Malheureusement l'étude n'a pu être complétée pour la publication de cet avis. Cependant, le lecteur trouvera ici et là des témoignages touchants provenant de quelques-uns de ces jeunes suicidaires. Le Conseil a tenu à les publier dès maintenant.



Quand un jeune se suicide, c'est la collectivité
québécoise qui est en deuil.

S.O.S. Jeunes en détresse!
Conseil permanent de la jeunesse

« J'avais tellement honte, je me voyais comme un crétin. J'avais tellement de peine aussi. Je me sentais très seul. Rien ne m'intéressait plus. Je ne me reconnaissais plus, j'étais comme un zombie depuis plusieurs semaines. C'était comme si c'était une poche de patate et non mon propre corps, que je tirais en bas du viaduc. J'ai eu le talon en miettes, je me suis disloqué une épaule, fracturé un poignet. On a du refaire mon talon. Il a fallu que je réapprenne à marcher. J'ai été bien chanceux de m'en sortir... Quand, en bas du viaduc, j'ai levé le seul membre qu'il me restait, mon bras gauche, pour demander de l'aide, j'ai senti que je retrouverais le goût de vivre. [...]

Maintenant je prends plaisir à étudier, me développer intellectuellement, à être libre de découvrir toutes sortes de courants de pensée. Au plan social et personnel, je sens que j'ai encore du chemin à faire, j'ai encore de la difficulté à me rapprocher des gens et à m'ouvrir aux autres en confiance... Je me sens cependant sur la bonne voie. »

Sébastien, 21 ans, étudiant universitaire

Chapitre 1

Quelle est l'ampleur du problème ?

Les données les plus récentes

Pour le médecin, la mort a une définition technique précise; pour le juriste, elle entraîne un simple changement de statut; mais, pour l'intéressé, il s'agit de ne plus être.

Albert Jacquart²

Dans ce chapitre, le Conseil fait état des plus récentes données sur le suicide des jeunes au Québec. Il y met à jour une partie des données qu'il a présentées en septembre 1995 dans son rapport *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Le lecteur désirant plus de détails, notamment au chapitre des comparaisons entre les taux de suicide des jeunes Québécois et ceux des jeunes des autres provinces canadiennes ou d'autres pays, est invité à consulter ce premier rapport.

1.1 Une situation fort préoccupante

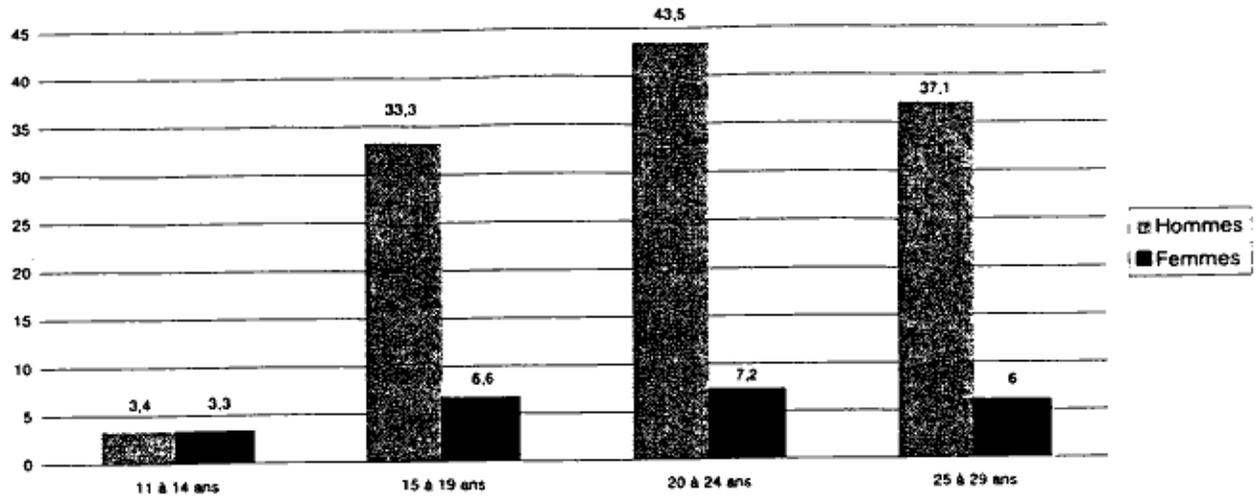
Plus que jamais auparavant, le suicide des jeunes constitue un problème important au Québec. Non seulement les jeunes Québécois de sexe masculin présentent-ils le taux de suicide le plus élevé des pays occidentaux mais, selon les toutes dernières données, les suicides et les hospitalisations pour tentative de suicide sont encore à la hausse, en particulier chez les plus jeunes. Chez les adolescentes, le problème prend surtout la forme de nombreuses tentatives de suicide, tandis que leurs homologues masculins présentent un taux élevé de décès par suicide. Le « rajeunissement » du phénomène est en outre préoccupant et soulève l'épineuse question du pourquoi, à laquelle personne n'est en mesure de répondre avec certitude.

Le Conseil tient à souligner que ces données froides et austères offrent un portrait très incomplet du drame humain et social qu'elles tentent de cerner. Il y a beaucoup plus : les statistiques ne révèlent rien de toute la douleur qui se cache derrière chacun de ces gestes de désespoir, ni des effets dévastateurs qu'il entraîne dans l'entourage de la victime. Au-delà des traumatismes physiques et psychologiques chez la victime se dressent la stupeur et la douleur des proches : amis, parents, frères et soeurs, grands-parents, amis de coeur, compagnons de classe, professeurs. Lorsqu'un jeune commet une tentative de suicide non mortelle, l'inquiétude et, souvent, la culpabilité rongent les proches, non seulement dans les heures qui suivent, mais longtemps après, soulevant

² Albert JACQUART. *Au péril de la science ?*, Paris, Éditions du Seuil, 1982, p. 28.

Figure 1
 TAUX ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS PAR SUICIDE CHEZ LES JEUNES, AU QUÉBEC, 1993 - 1995,
 SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE

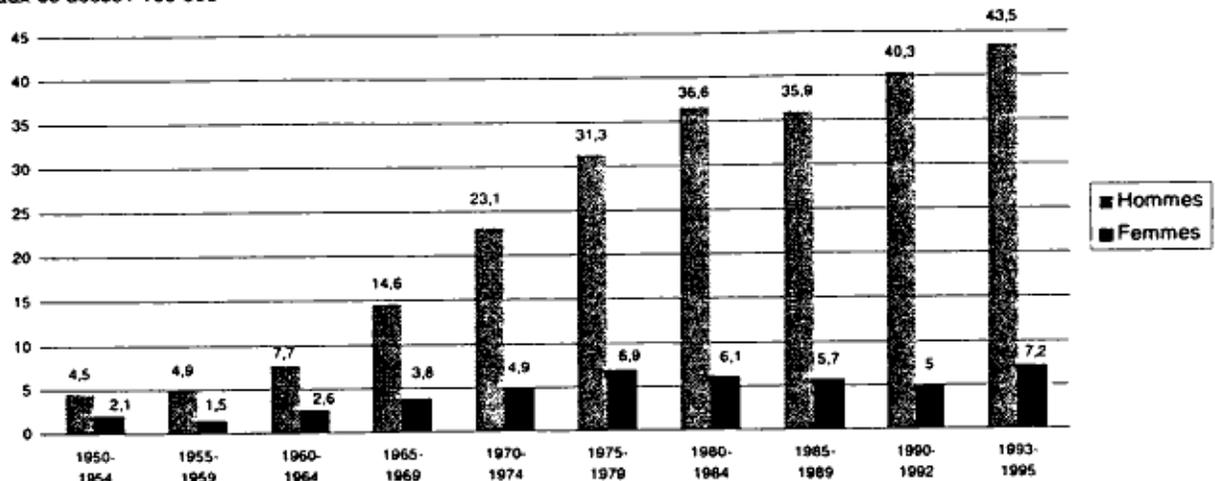
Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner du Québec et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Figure 2
 ÉVOLUTION DU TAUX ANNUEL MOYEN DE SUICIDE DES JEUNES DE 20 À 24 ANS,
 AU QUÉBEC, ENTRE 1950 ET 1995

Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner du Québec et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

sans cesse le spectre d'une éventuelle récursive. Lorsqu'un jeune se suicide, c'est la collectivité québécoise qui est en deuil.

1.2 Des taux records de suicide qui augmentent encore!

En moyenne, 355 jeunes de moins de 30 ans s'enlèvent la vie chaque année au Québec. Pour la période la plus récente, c'est-à-dire 1993-1995, en moyenne 304 jeunes hommes et 58 jeunes femmes se sont enlevés la vie annuellement. Le taux de suicide, c'est-à-dire le nombre annuel de décès par suicide pour 100 000 jeunes, se situe à 37,9 chez les jeunes hommes et à 6,6 chez les jeunes femmes de 15 à 29 ans. Comme le montre la *figure 1*, les taux varient sensiblement selon le sexe et le groupe d'âge. Le taux record est détenu par les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans. Il est le plus élevé parmi la population québécoise et le plus élevé parmi les principaux pays occidentaux³. Le second taux le plus élevé appartient aux hommes de 30 à 34 ans avec 41 décès pour 100 000 (données non montrées).

Les taux de suicide relativement faibles des jeunes Québécoises se comparent à ceux des jeunes femmes des autres provinces canadiennes et des autres pays. Ainsi, on constate que la mortalité des garçons est de 5 à 6 fois supérieure à celle des filles, sauf chez les 11-14 ans où les taux des deux sexes sont identiques. La surmortalité masculine n'est pas nouvelle mais l'écart entre les deux sexes est particulièrement prononcé au Québec comparativement à ce qu'on observe dans d'autres pays.

Comme on peut le constater à la *figure 2*, les taux de suicide ont augmenté de façon dramatique chez les jeunes hommes et chez les jeunes femmes à partir du milieu des années 1960 jusqu'au début des années 1980. Cette hausse marquée a été également observée dans la plupart des pays industrialisés. À partir du milieu des années 1970, on remarque une stabilisation des taux de suicide chez les jeunes femmes tandis que la hausse se poursuit chez les jeunes hommes.

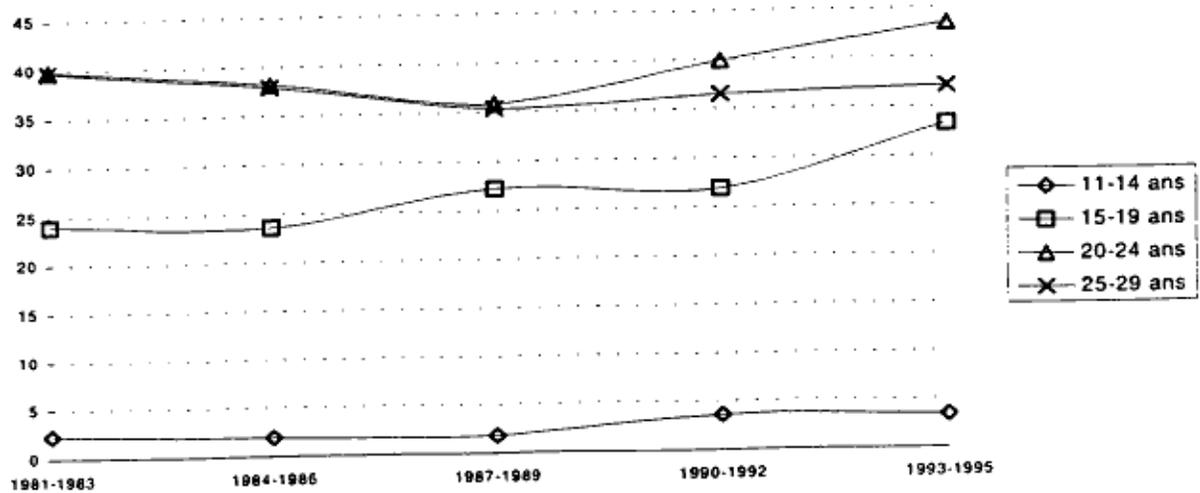
La *figure 3* permet de constater que, depuis le début des années 1980, le taux de suicide des jeunes hommes de 20 à 29 ans s'est stabilisé, tandis que celui des 20 à 24 ans a continué d'augmenter. La hausse la plus préoccupante touche les garçons de 15 à 19 ans. Ces derniers sont en voie d'atteindre les taux records de leurs homologues de 20 à 24 ans. Du côté des jeunes femmes, la *figure 4* montre que les taux de suicide ont fléchi sensiblement chez les 25 à 29 ans au cours des dernières années, mais qu'ils semblent avoir amorcé une remontée chez les moins de 25 ans.

³ Par exemple, pour la période 1988-1990, les taux se situaient à 32,3 pour les jeunes Québécois comparativement à 22 pour les Américains; 18,4 pour les Suédois; 15,6 pour les Français; 14,9 pour les Allemands et 9,4 pour les Japonais.

Source : CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, *op. cit.*, p. 61.

Figure 3
ÉVOLUTION RÉCENTE DU TAUX ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS PAR SUICIDE
CHEZ LES JEUNES HOMMES

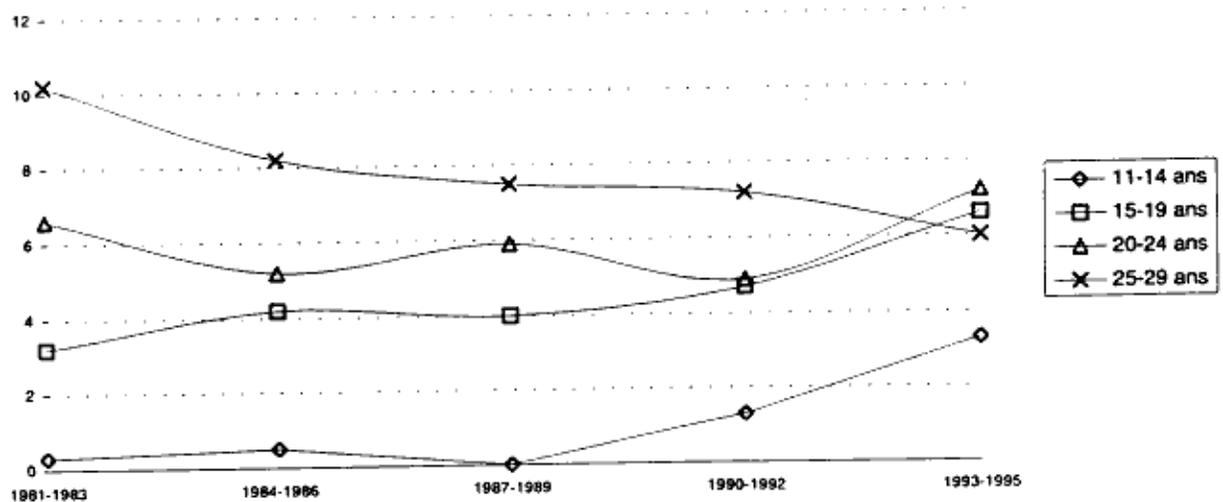
Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner du Québec et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Figure 4
ÉVOLUTION RÉCENTE DU TAUX ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS PAR SUICIDE
CHEZ LES JEUNES FEMMES

Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner du Québec et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Les figures 3 et 4 semblent à première vue suggérer une hausse marquée du suicide chez les plus jeunes, c'est-à-dire les garçons et les filles de 11 à 14 ans. Cependant, les taux étant très faibles, il y a lieu de demeurer prudent dans l'interprétation. Il est possible, par exemple, qu'au cours des dernières années, les tabous entourant le suicide d'enfants ou de pré-adolescents se soient partiellement dissipés de façon à ce que les coroners hésitent moins à classer les décès des plus jeunes dans la catégorie des suicides.

1.3 Des régions plus touchées que d'autres

Bien que les nombres absolus de suicides soient plus élevés dans les régions les plus peuplées, on constate, lorsqu'on exprime les suicides en proportion de la taille de la population, que c'est dans les régions du Nord et du Nord-Ouest québécois que le suicide frappe le plus les jeunes (*figure 5*). Ainsi, les jeunes hommes du Saguenay – Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue sont les plus atteints par cette tragédie. Le Saguenay – Lac-Saint-Jean étant la plus peuplée de ces trois régions, c'est là qu'on trouve à la fois un nombre absolu élevé de suicides en plus d'un taux élevé. De façon générale, on constate que le suicide touche beaucoup moins les adolescentes et les jeunes femmes adultes. Sur la Côte-Nord et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, aucun cas de suicide de jeune femme n'a été rapporté au cours des trois dernières années. Seuls les taux féminins enregistrés en Abitibi-Témiscamingue et dans le Nord-du-Québec sont sensiblement plus élevés que la moyenne québécoise. Les taux records enregistrés chez les jeunes des deux sexes du Nord-du-Québec doivent être interprétés avec réserve. La population étant très faible, les taux ne représentent qu'entre un et trois cas de suicide par année.

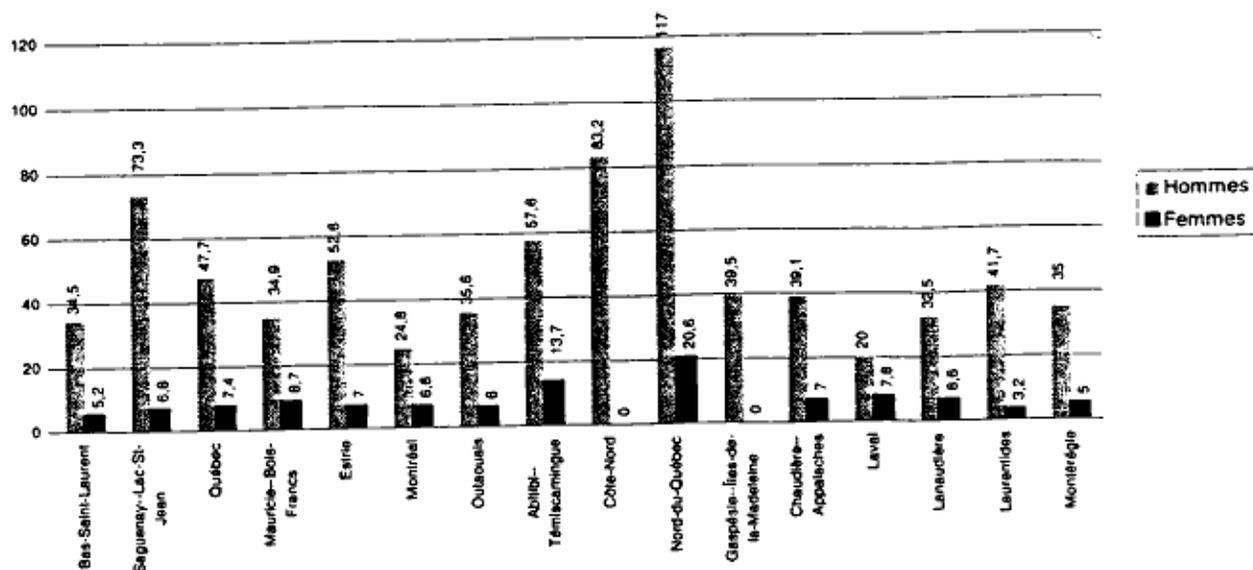
La *figure 6* montre l'évolution récente des taux de suicide chez les jeunes hommes selon la région de résidence, entre 1990-1992 et 1993-1995. On note des augmentations importantes au Saguenay – Lac-Saint-Jean, à Québec, en Estrie et sur la Côte-Nord. Fait à noter, pour la première fois depuis longtemps, les taux de suicide des jeunes du Saguenay – Lac-Saint-Jean sont supérieurs à ceux de l'Abitibi-Témiscamingue. Dans cette dernière région, les taux de suicide ont baissé sensiblement, tout comme en Mauricie – Bois-Francs et en Chaudière-Appalaches. Chez les jeunes femmes (*figure 7*), les taux ont augmenté dans le Bas-Saint-Laurent, en Mauricie, en Abitibi et en Chaudière-Appalaches tandis qu'ils ont diminué sur la Côte-Nord et dans les Laurentides.

1.4 Des modes de suicide qui se sont modifiés

Parmi les moyens utilisés par les jeunes pour s'enlever la vie, la pendaison est le plus commun, tant du côté féminin que masculin (*figure 8*). Au cours des 20 dernières années, les armes à feu et les médicaments ont été de moins en moins utilisés dans les

Figure 5
TAUX ANNUEL MOYEN DE SUICIDE 1993-1995 CHEZ LES JEUNES DE 15 À 29 ANS,
SELON LE SEXE ET LA RÉGION

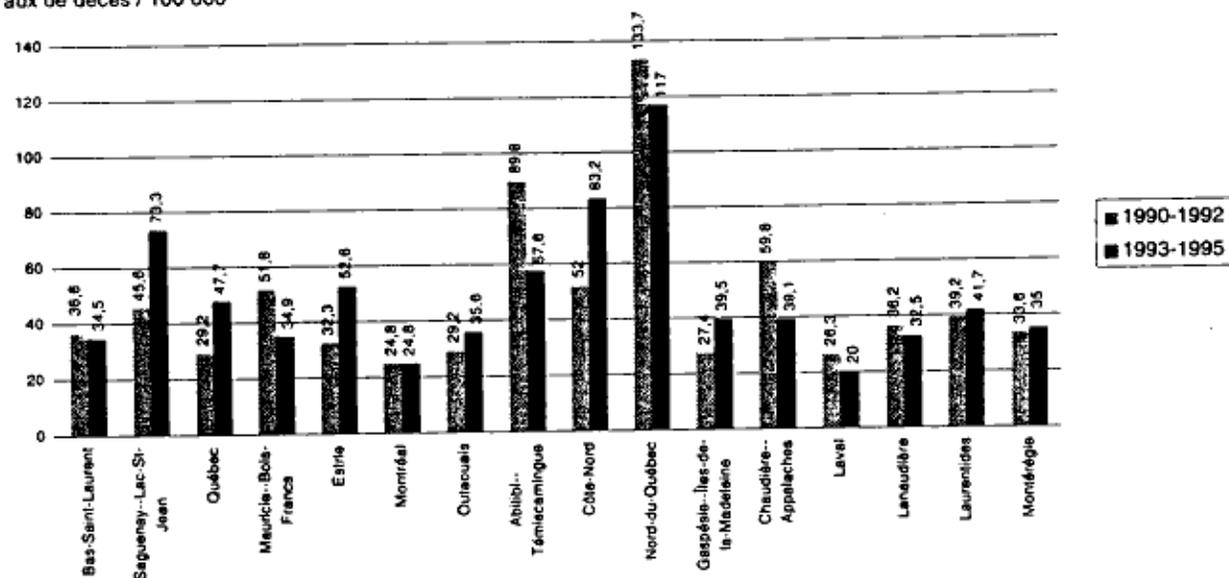
Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Figure 6
TAUX ANNUEL MOYEN DE SUICIDE 1990-1992 ET 1993-1995 CHEZ LES JEUNES HOMMES
DE 15 À 29 ANS, SELON LA RÉGION

Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

cas de suicides complétés chez les jeunes⁴. Durant la même période, les suicides par pendaison et par intoxication au monoxyde de carbone ont augmenté de façon importante. Ce sont les garçons de 15 à 19 ans qui utilisent le plus fréquemment les armes à feu pour se suicider : 27 % des suicides complétés (donnée non montrée). Comme le Conseil l'a souligné dans son rapport⁵, cette situation contraste fortement avec celle qui prévaut aux États-Unis, où 53 % des suicides chez les jeunes filles et 64 % chez les jeunes garçons sont commis au moyen d'armes à feu, des armes de poing (pistolets) surtout. Aux États-Unis, 80 % de l'augmentation des cas de suicide observée chez les 15-19 ans entre 1982 et 1992 se rapportent à des suicides par arme à feu⁶. Au Canada, parmi toutes les provinces canadiennes, c'est au Québec que le taux d'utilisation d'armes à feu comme moyen de suicide est le plus faible.

1.5 Des hospitalisations en hausse pour tentative de suicide

Le problème du suicide déborde largement le seul nombre de victimes. Chaque année, plus d'un millier de jeunes Québécois font une tentative de suicide non mortelle, mais suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Ainsi, en 1994-1995, plus de 1 300 jeunes, dont 521 de sexe masculin et 814 de sexe féminin, ont été hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. La figure 9 montre que le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide atteint un sommet chez les filles de 15 à 19 ans. Les taux sont nettement plus élevés chez les filles de moins de 20 ans que chez leurs homologues masculins. Cependant, on remarque que le portrait change radicalement chez les 20-29 ans. Dans ce dernier groupe, les taux diminuent de façon importante chez les jeunes femmes et augmentent chez les jeunes hommes au point où les taux masculins deviennent légèrement supérieurs à ceux des jeunes femmes.

La comparaison au niveau international montre que, dans tous les pays occidentaux, les taux de tentative de suicide (sexes confondus) augmentent à partir de la fin de l'enfance, qu'ils atteignent un sommet en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte et qu'ils diminuent progressivement par la suite jusqu'à la fin de la vie. Cependant, ce portrait varie quelque peu selon le sexe. Chez les femmes, les taux de tentative de suicide augmentent de façon importante dès l'âge de 12 ans et explosent littéralement chez les 14 à 19 ans, pour chuter fortement par la suite. Chez les hommes, les taux de tentative augmentent beaucoup à partir de l'âge de 15 ans et ne chutent qu'après 30 ans.

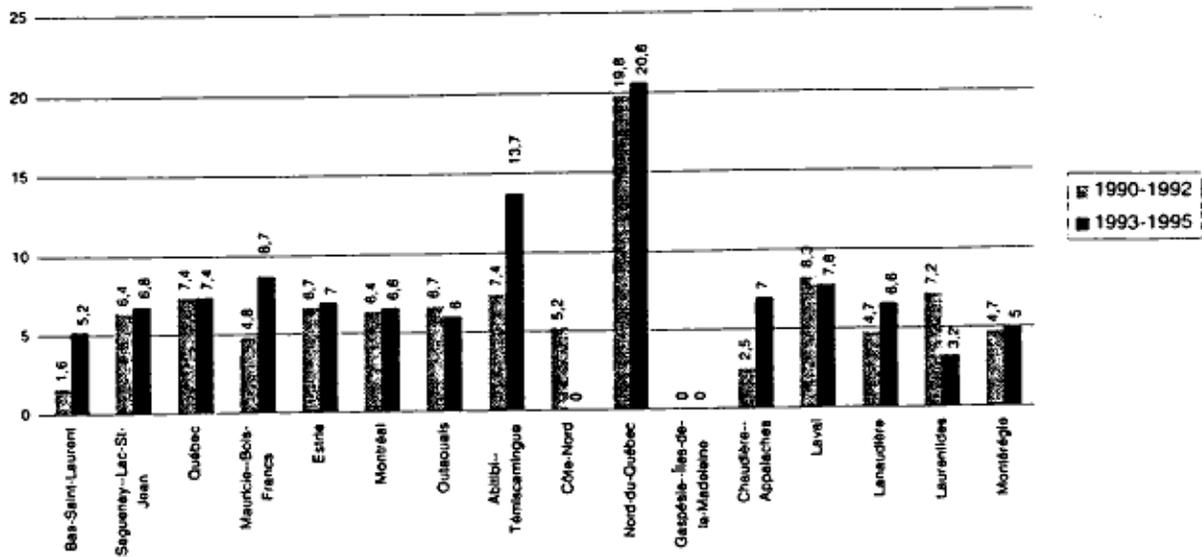
⁴ *Ibid.*, p. 70-71.

⁵ *Ibid.*, p. 72.

⁶ CENTERS FOR DISEASE CONTROL. « Suicide Among Children, Adolescents, and Young Adults - United States, 1980-1992 », *Journal of School Health*, 65, 7, septembre 1995, 272 p.

Figure 7
TAUX ANNUEL MOYEN DE SUICIDE 1990-1992 ET 1993-1995 CHEZ LES JEUNES FEMMES
DE 15 À 29 ANS, SELON LA RÉGION

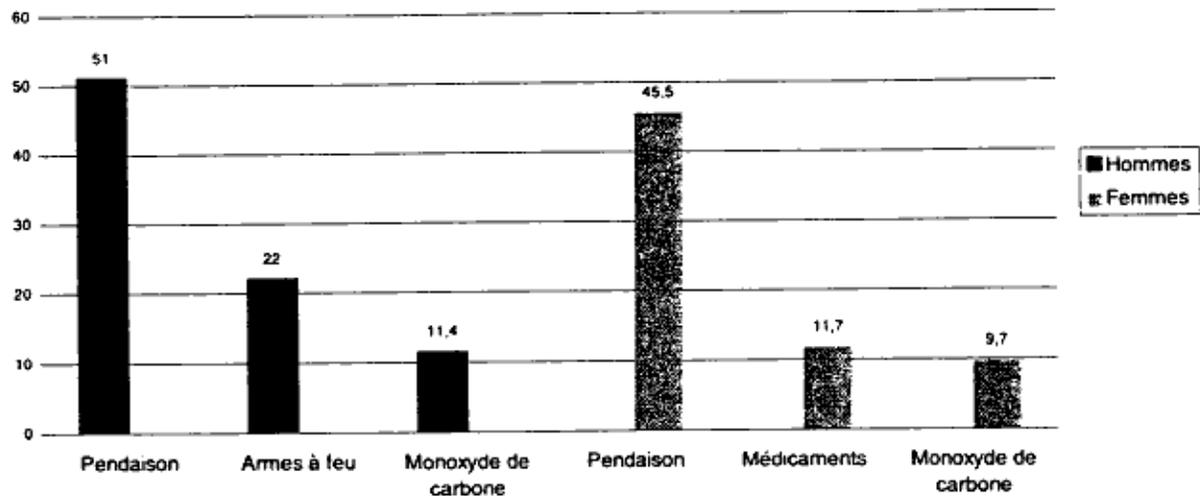
Taux de décès / 100 000



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Figure 8
PRINCIPAUX MODES DE SUICIDE CHEZ LES JEUNES DE 15 À 29 ANS,
SELON LE SEXE, DE 1993 À 1995

% des décès



Source : Calculs du CPJ à partir des données du Bureau du Coroner et des données démographiques du Bureau de la statistique du Québec.

Les figures 10 et 11 indiquent que les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide sont à la hausse chez les adolescents et les jeunes adultes des deux sexes et des différents sous-groupes d'âge. Une distinction apparaît clairement entre les garçons et les filles. Chez ces dernières (voir la figure 11), les taux les plus élevés se retrouvent chez les moins de 20 ans tandis que, chez les garçons (voir la figure 10), les taux les plus élevés se retrouvent chez les 20 à 29 ans.

La hausse des taux d'hospitalisation de jeunes pour tentative de suicide peut être le reflet de divers phénomènes. Elle peut révéler non seulement un accroissement du nombre de tentatives, mais aussi une aggravation de la sévérité des gestes suicidaires commis par les jeunes. La hausse des taux d'hospitalisation pourrait également découler d'une plus grande propension des médecins à garder les jeunes suicidaires à l'hôpital pour quelques heures ou quelques jours par mesure de prudence ou de protection.

Les hospitalisations pour tentative de suicide ne représentent qu'une fraction de tous les gestes suicidaires commis par les jeunes. Une foule de tentatives passent inaperçues puisqu'elles ne donnent pas lieu à une hospitalisation. En fait, le nombre exact de tentatives demeure inconnu. Cependant, on dispose d'un indicateur donnant une approximation du nombre total de gestes suicidaires. Ainsi, les parasuicides désignent les gestes suicidaires qui ne conduisent pas à un décès et qui sont déclarés par les individus eux-mêmes, généralement en répondant à un questionnaire, dans le cadre d'enquêtes. Au Québec, les données recueillies par l'Enquête sociale et de santé en 1992-1993⁷ indiquent que les jeunes enregistrent les plus hauts taux de parasuicides de la population. Ainsi, quelque 14 123 jeunes de 15 à 24 ans auraient posé un geste suicidaire en 1992-1993, ce qui correspond à 1,7 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans et à 1,9 % des jeunes hommes du même groupe d'âge. Cette enquête révèle également que les principaux moyens pris pour poser les gestes suicidaires sont les médicaments et la taillade des veines, ce qui diffère nettement des moyens utilisés par les jeunes victimes de suicides complétés.

Tel que mentionné par les Centers for disease Control des États-Unis⁸, l'interprétation des données sur les parasuicides demeure délicate, compte tenu qu'elle repose sur les déclarations personnelles des répondants lors d'enquêtes.

⁷ SANTÉ QUÉBEC. *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 239.

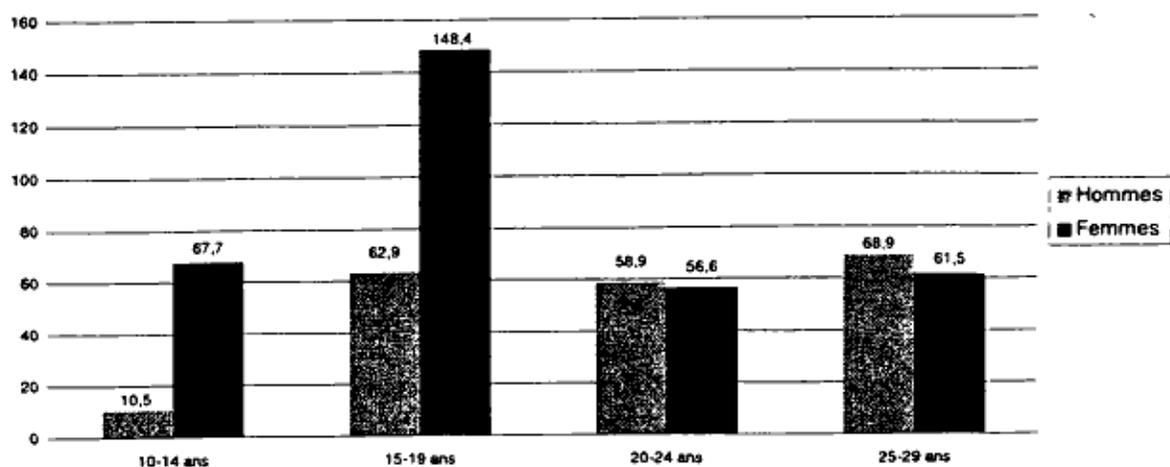
⁸ CENTERS FOR DISEASE CONTROL. « Behaviors Related to Unintentional and Intentional Injuries Among High School Students - United States, 1991 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41, 1992, p. 760-772.

PJ MEEHAN, et coll. « Attempted Suicide Among Young Adults : Progress Toward Meaningful Estimate of Prevalence », *American Journal of Psychiatry*, 149, 1992, p. 41-44.

Conseil permanent de la jeunesse

Figure 9
**TAUX D'HOSPITALISATION DE JEUNES SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE,
 SELON LE SEXE ET LE GROUPE D'ÂGE, AU QUÉBEC, 1994-1995**

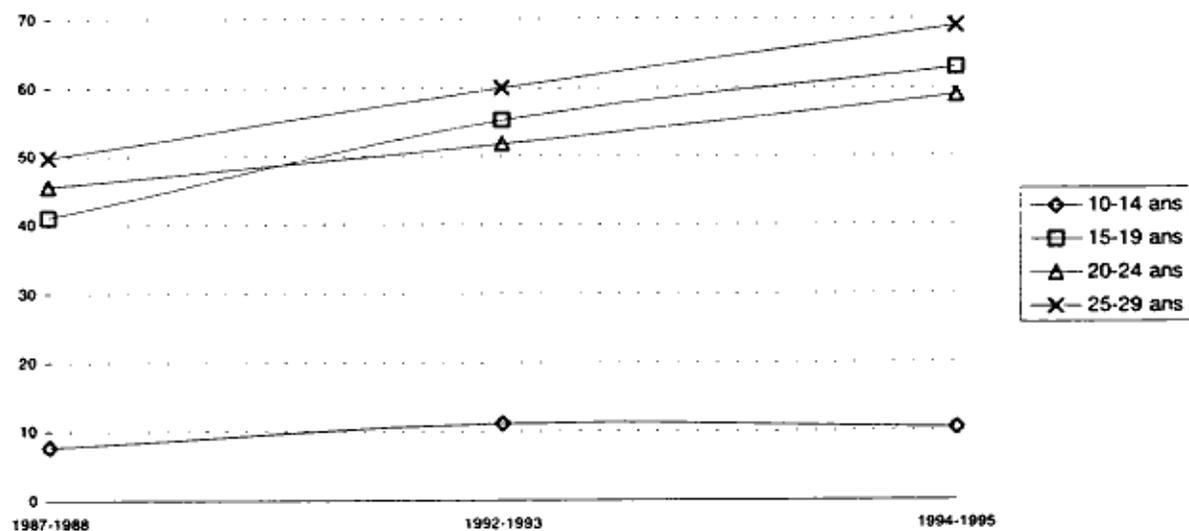
Taux d'hospitalisation / 100 000 jeunes



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Figure 10
**ÉVOLUTION RÉCENTE DES TAUX ANNUELS D'HOSPITALISATION DE JEUNES HOMMES
 SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE, AU QUÉBEC, 1987-1995**

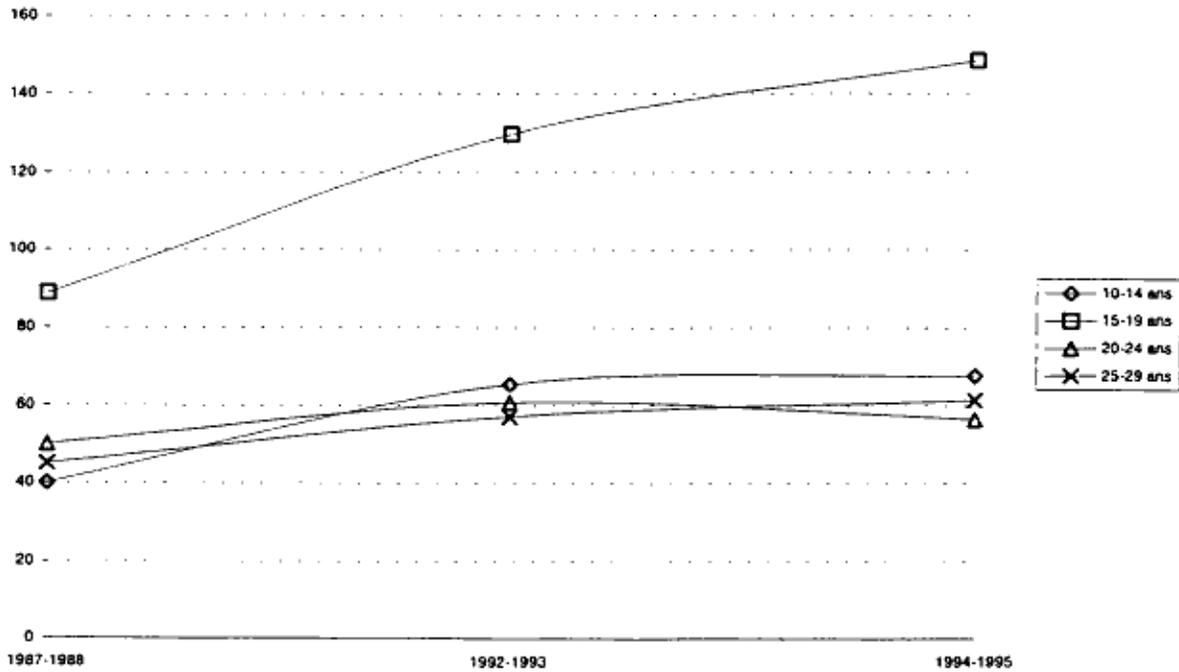
Taux d'hospitalisation / 100 000 jeunes



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Figure 11
ÉVOLUTION RÉCENTE DES TAUX ANNUELS D'HOSPITALISATION DE JEUNES FEMMES
SUITE À UNE TENTATIVE DE SUICIDE, AU QUÉBEC, 1987-1995

Taux d'hospitalisation / 100 000 jeunes



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Les jeunes hommes se suicident davantage que les jeunes femmes. Mais ce n'est pas tout. Ils affichent aussi des taux plus élevés de toxicomanie, de troubles du comportement, de délinquance, de décrochage scolaire, de chômage et d'itinérance. La dépression, un facteur de risque important du suicide, les touche aussi davantage. Mais que se passe-t-il donc avec les jeunes hommes ?

S.O.S. Jeunes en détresse!
Conseil permanent de la jeunesse

« Y'était replié sur lui, il s'isolait. J'voyais qu'il avait un problème, mais y voulait pas le communiquer. Y disait que moi j'étais chanceux d'avoir des bons parents. Y disait qu'y avait été traité comme de la mardé toute sa vie. »

Jean-Marie, à propos de son copain, Luc, qui s'est suicidé

Chapitre 2

Pourquoi les jeunes se suicident-ils ? Les facteurs de risque associés au suicide

L'erreur consiste ici à rechercher « la » cause d'un phénomène alors que nous sommes en présence d'un mécanisme correspondant à un enchevêtrement complexe de causes... Mais notre esprit est peu habitué à prendre en compte les interactions; pour notre confort intellectuel, nous sommes friands de « causes » et surtout de causes agissant isolément dans une totale indépendance des autres facteurs en jeu. Une telle attitude est en contradiction avec la complexité du réel, elle est parfaitement opposée à l'objectif de la science : améliorer notre lucidité.

Albert Jacquart⁹

Le suicide est un phénomène fort complexe qui n'a pas de cause unique. Un peu à l'instar du décrochage scolaire, il est généralement l'aboutissement d'un processus, c'est-à-dire d'un cheminement personnel où s'accumulent et interagissent plusieurs facteurs de risque d'ordre biologique, psychologique, affectif, social, familial ou économique ainsi que certains traits culturels.

La recherche scientifique apporte un éclairage intéressant à propos de la contribution de divers facteurs aux gestes suicidaires. Dans ce chapitre, le Conseil fait ainsi état des principaux constats de la recherche au sujet des facteurs de risque associés aux suicides et aux tentatives de suicide.

Lorsqu'on examine la littérature scientifique, on discerne principalement deux écoles de pensée qui offrent deux visions différentes des facteurs responsables du suicide. La première, celle des sciences sociales, tente de démontrer que ce sont des perturbations sociales ou des mauvaises conditions de vie qui amènent les individus à se suicider. La seconde école, celle des sciences biomédicales, principalement la psychiatrie, avance que certaines vulnérabilités biologiques ou certains troubles psychiatriques représentent les facteurs les plus déterminants dans le processus suicidaire. En parcourant les nombreuses études issues de ces deux écoles de pensée, on constate que, loin de s'exclure, les deux approches se compléteraient plutôt bien.

2.1 Quelques définitions

Avant de se lancer dans la description des divers facteurs qui, selon la littérature scientifique, semblent jouer un rôle dans les suicides ou les tentatives de suicide, le Conseil croit important de définir et de distinguer entre eux les concepts de santé

⁹ Albert JACQUART. *Moi et les autres*, Paris, Éditions du Seuil, 1983, p. 44.

mentale, de maladie mentale et de problèmes d'adaptation sociale dont il sera question par la suite.

La santé mentale est définie¹⁰ comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Elle s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. La santé mentale résulte d'une adaptation réciproque de la personne et de son milieu. Toute condition qui nuit à cette adaptation, par exemple la pauvreté et la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite l'adaptation, comme un environnement sain, la répartition équitable de la richesse collective et l'accès à une éducation de qualité, favorise et soutient la santé mentale.

Le domaine de la santé mentale comporte deux grandes réalités¹¹. La première comprend les troubles mentaux, désignés également sous les vocables de maladies mentales, de troubles psychiatriques ou de psychopathologies. Ces troubles sont définis comme des maladies caractérisées, qui peuvent être diagnostiquées et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. L'origine de plusieurs troubles tels que la schizophrénie et les troubles de l'humeur demeure encore largement méconnue. Il est cependant admis que ces troubles émergent sous l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels¹².

La seconde réalité, beaucoup plus vaste, regroupe un ensemble de problèmes qui résultent d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Ces problèmes ont des formes multiples d'expression et découlent notamment de conditions de vie difficiles telles que la pauvreté et l'isolement, d'événements stressants comme la perte d'un être cher ou de comportements perturbateurs comme la violence conjugale et les abus sexuels. Les expressions « problèmes psychosociaux » ou « problèmes d'adaptation sociale » sont des synonymes désignant cette seconde réalité.

On observe que certains troubles psychiatriques tels que la dépression touchent plus fréquemment les jeunes aux prises avec divers problèmes d'adaptation sociale, mais pour d'autres maladies mentales, ce n'est pas le cas. La contribution exacte des problèmes d'adaptation sociale au développement de certains troubles psychiatriques demeure encore aujourd'hui méconnue.

¹⁰ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 1994, p. 8-9.

¹¹ SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services, 1988, 23 p.

¹² *Ibid.*

2.2 La contribution des maladies mentales aux suicides et aux tentatives de suicide

L'analyse de l'ensemble des études scientifiques montre clairement que la plupart des jeunes qui décèdent par suicide sont atteints d'une forme ou d'une autre de maladie mentale, ce qui n'est pas le cas pour la plupart de ceux qui font une tentative de suicide. Il s'agit de deux groupes distincts mais se recoupant, puisqu'une minorité de suicidaires finissent par se suicider¹³.

2.2.1 Dans le cas des suicides

La plupart des auteurs¹⁴ rapportent qu'environ 90 % des adolescents et des jeunes adultes qui meurent par suicide sont atteints d'une forme ou d'une autre de maladie mentale. Il importe de préciser ici que les troubles mentaux ne sont généralement pas présentés comme étant « la » cause unique du suicide, mais plutôt comme un état de vulnérabilité de l'individu qui joue un rôle déterminant dans le risque de décès. Les troubles psychiatriques qu'on trouve le plus fréquemment dans les cas de suicide complétés d'adolescents sont les troubles affectifs, telle la dépression ou la maniaque-dépression, le trouble des conduites, associé à une personnalité agressive ou antisociale, ainsi qu'une dépendance à l'alcool ou aux drogues¹⁵.

¹³ Dans cet avis, l'expression « suicidé » est utilisée pour désigner les jeunes qui sont décédés par suicide, tandis que l'expression « suicidaire » désigne les jeunes ayant fait une ou plusieurs tentatives non fatales de suicide.

¹⁴ D. SHAFFER, et coll. « Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide », *Archives of General Psychiatry*, 53, 4, avril 1996, p. 339-348.

D.A. BRENT et J.A. PERPER. « Research in Adolescent Suicide : Implications for Training, Service Delivery and Public Policy », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 2, été 1995, p. 222-230.

D.A. BRENT, et coll. « Suicide in Adolescents with no Apparent Psychopathology », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1993, p. 494-500.

M.J. MARTTUNEN, et coll. « Mental Disorders in Adolescent Suicide DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides among 13 to 19 Years Old in Finland », *Archives of General Psychiatry*, 48, 1991, p. 834-839.

D. SHAFFER, et coll. « Preventing Teenage Suicide : A Critical Review », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 1988, p. 675-687.

¹⁵ D.A. BRENT, et coll. « Risk Factors for Adolescent Suicide : a Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients », *Archives of General Psychiatry*, 45, 1988, p. 581-588.

D. SHAFFER, et coll. (1988), *loc. cit.*

D. SHAFFER et M. GOULD. *Study of completed and attempted suicides in adolescents*, Progress Report, [s. l.], National Institute of Mental Health, 1987.

De tels problèmes ne sont pas faciles à repérer puisque plusieurs auteurs soulignent que les manifestations de la maladie mentale sont plus complexes et plus difficiles à reconnaître chez l'adolescent que chez l'adulte¹⁶. De plus, l'évolution de ces maladies chez les adolescents se fait souvent à un rythme accéléré, comparativement aux adultes, ce qui laisse moins de temps pour réagir et traiter de façon à éviter certains gestes tragiques comme les tentatives de suicide ou les suicides. Parmi les troubles affectifs, la dépression grave est particulièrement associée à un risque élevé de suicide.

La dépression est un trouble mental qui affecte un grand nombre de personnes dans notre société et plusieurs ignorent qu'elle est répandue tant chez les jeunes que chez les adultes¹⁷. La dépression se caractérise notamment par la persistance et l'aggravation, pendant plusieurs semaines, de sentiments tels la tristesse, la mélancolie, la dévalorisation de soi, et par une perte d'intérêt pour toute activité. Elle peut aussi se traduire par une perte d'appétit, des problèmes de sommeil et des idées suicidaires. Cette maladie peut apparaître et se résorber spontanément sans qu'on puisse expliquer exactement pourquoi. La dépression entraîne chez la personne atteinte une souffrance qui affecte toute ses activités et se répercute sur la vie de ses proches. Plusieurs auteurs¹⁸ soutiennent que la fréquence de la dépression s'est accrue chez les jeunes au cours des dernières décennies. L'instabilité familiale accrue y serait pour quelque chose. L'existence de troubles dépressifs dits majeurs toucherait de 5 % à 10 % de la population adolescente¹⁹. Lorsqu'elle est dépistée, la dépression se traite relativement bien.

La recherche indique également que le risque de suicide se trouve multiplié lorsque les jeunes sont atteints simultanément de plus d'un trouble psychiatrique, par exemple, une dépression accompagnée d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues²⁰. Certains

¹⁶ G.E. MURPHY. « 39 Years of Suicide Research : A Personal View », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 4, hiver 1995, p. 450-457.

¹⁷ M. BEAUDET. « Dépression », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, n° de cat. 82-003, 7, 4, printemps 1996, p. 11-23.

¹⁸ R. BOYER, et coll. *Les maladies mentales dans la problématique du suicide, rapport de recherche*, Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 1994, 73 p. ¹⁸

D.A. REGIER, et coll. « The NIMH Epidemiological Catchment Area Program : Historical context, Major Objectives, and Study Population Characteristics », *Archives of General Psychiatry*, 41, 1984, p. 934-941.

A. BRACONNIER, et coll. *Dépression, adolescentes et adolescents*, Paris, Éditions Bayard, 1995, p. 15.

¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

²⁰ D.A. BRENT, et coll. « Suicide in Affectively Ill Adolescents : A Case-Control Study », *Journal of Affective Disorders*, 31, 1994, p. 193-202.

troubles mentaux peuvent se manifester dès l'enfance et, s'ils ne sont pas soignés, favoriser au fil des années l'apparition d'autres maladies mentales et de troubles d'adaptation sociale. Ainsi, certains auteurs²¹ rapportent que le trouble des conduites, caractérisé par une personnalité agressive ou antisociale, peut entraîner l'enfant qui en est atteint jusqu'au rejet par ses pairs et par ses professeurs; il peut aussi favoriser le décrochage scolaire et la toxicomanie à l'adolescence. Or la toxicomanie est elle-même un facteur de risque majeur du suicide.

On sait, par ailleurs, que certaines maladies mentales diagnostiquées à l'adolescence persistent à l'âge adulte chez environ le quart des jeunes qui en sont atteints, ce qui augmente le risque de suicide à long terme²². Certains troubles mentaux entraînant un risque accru de suicide, tels que le trouble de personnalité limite et la schizophrénie, apparaissent davantage à la fin de l'adolescence, si bien qu'on les trouve surtout chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans et peu chez les adolescents²³.

En ce qui concerne les 10 % à 20 % d'adolescents victimes de suicide qui ne semblent pas atteints d'un trouble psychiatrique, on a constaté que ces derniers étaient généralement un peu plus jeunes que ceux atteints par la maladie mentale, par exemple 14 ans chez les premiers et 16 ans chez les seconds²⁴.

En dépit du fait que les jeunes atteints d'un trouble mental sont plus à risque de suicide que ceux qui n'en sont pas atteints, on ne peut faire abstraction du fait que la majorité des jeunes qui ont un problème psychiatrique ne se suicident pas. La recherche doit donc se poursuivre afin de déterminer quels facteurs de risque permettraient de mieux prédire le geste suicidaire chez ces jeunes atteints de maladie mentale. Par exemple,

A. LESAGE, R. BOYER, et coll. « Suicide and Mental Disorders : A Case-Control Study of Young Men », *American Journal of Psychiatry*, 151, 7, juillet 1994, p. 1063-1068.

²¹ F. VITARO, et coll. *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1994, p. 26.

²² R.F. FERDINAND et F.C. VERHULST. « Psychopathology from Adolescence into Young Adulthood: An 8-Year Follow-up Study », *American Journal of Psychiatry*, 152, 11, novembre 1995, p. 1586-1594.

²³ A. LIPSCHITZ. « Suicide Prevention in Young Adults (age 18-30) », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, printemps 1995, p. 155-170.

M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS. « The Prevention of Suicidal Behaviors : An Overview », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, printemps 1995, p. 10-21.

R. BOYER, et coll., *op. cit.*

²⁴ D. SHAFFER, et coll. (1996), *loc. cit.*

certain auteurs²⁵ rapportent que, chez des groupes de jeunes hospitalisés pour problème psychiatrique, on a constaté qu'un degré élevé de désespoir accompagné d'idéations suicidaires constituaient de forts prédicteurs tant pour les tentatives de suicide que pour les suicides complétés. Cependant, ce signal est tributaire du degré de développement des compétences personnelles et sociales du jeune : s'il est élevé, il peut protéger le jeune du comportement suicidaire; au contraire, s'il est faible, augmenter sa vulnérabilité²⁶.

2.2.2 Dans le cas des tentatives de suicide

« Tout a commencé lorsque j'avais seize ans. J'ai dû arrêter l'école parce que je faisais des "bad trips" où je voyais des monstres. Les psychiatres ont décelé un trouble mental grave chez moi. Ce fut le choc! En l'espace de trois ans, j'ai fait cinq tentatives de suicide parce que je souffrais trop... Cinq années se sont écoulées. J'ai survécu. Maintenant c'est différent, mon coeur a durci. C'est comme si j'étais une machine vivante. Tout se passe comme si une sorte d'engrenage de pensées noires prenait automatiquement place en moi. Une fois déclenché c'est le non-retour. Je dois absolument réagir sur le moment et prendre l'aide des gens de la clinique psychiatrique. »

Carl, 27 ans, prestataire de la sécurité du revenu

La prévalence de troubles psychiatriques semble sensiblement moins forte chez les adolescents et les jeunes adultes suicidaires que chez les suicidés. Par exemple, une étude menée auprès de 187 jeunes de 12 à 18 ans admis à l'urgence pour une attitude suicidaire ou une tentative de suicide montre qu'environ 60 % d'entre eux ne présentaient pas de pathologie psychiatrique aiguë²⁷. Seulement 20 % de ces jeunes évalués à l'urgence ont dû faire l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie. En fait, les études suggèrent qu'un grand nombre d'adolescents suicidaires souffrent plutôt de divers problèmes d'adaptation sociale souvent associés à de faibles compétences sociales, à des carences affectives, ainsi qu'à des conditions de vie difficiles. Pour ce qui est de la minorité, tout de même importante, des jeunes suicidaires atteints d'un trouble

²⁵ A.L. PILLAY et D.R. WASSENAAR. « Psychological Intervention, Spontaneous Remission, Hopelessness, and Psychiatric Disturbance in Adolescent Parasuicides », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 3, automne 1995, p. 386-392.

A. SPIRITO, et coll. « Attempted Suicide in Adolescence : A Review and Critique of the Literature », *Clinical Psychology Review*, 9, 1989, p. 335-363.

²⁶ D.A. COLE. « Psychopathology of Adolescent Suicide : Hopelessness, Coping Beliefs and Depression », *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 1989, p. 248-255.

M.J. ROTHERAM-BORUS, et coll. « Cognitive Style and Pleasant Activities Among Female Adolescent Suicide Attempters », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 1990, p. 554-561.

²⁷ P. GAREL. « Comportements suicidaires à l'adolescence et intervention de crise », *P.R.I.S.M.E.*, 5, 4, automne 1995, p. 412-423.

psychiatrique, on trouve sensiblement les mêmes types de problèmes mentaux que chez les jeunes suicidés.

Ces résultats corroborent l'opinion exprimée par plusieurs auteurs²⁸ à l'effet que les populations des suicidaires et des suicidés sont des groupes distincts qui, cependant, se chevauchent. Comparativement aux suicidés, les suicidaires manifestent moins de troubles mentaux, sont majoritairement de sexe féminin, souvent plus jeunes, utilisent des instruments moins létaux que les suicidés pour poser leur geste et présentent davantage d'ambivalence dans leur intention de mettre fin à leurs jours. Plusieurs études montrent que, d'une part, la majorité des tentatives de suicide faites par des adolescents présentent un faible risque d'entraîner la mort et que, d'autre part, parmi les suicidaires traités à l'urgence, ce sont les garçons présentant des troubles mentaux qui font les tentatives de suicide les plus graves²⁹.

2.3 La consommation abusive d'alcool, de médicaments ou de drogues (psychotropes)

« J'ai commencé à consommer de la drogue à 11 ans. Je viens d'une famille où mon père boit tout le temps et où ma mère fait son possible pour élever ses enfants. Il y a pas longtemps, j'ai arrêté de consommer de la drogue. C'est à partir de là que j'ai commencé à boire. Mon entourage était toujours sur mon dos et il n'arrêtait pas de me juger. Puis, le coup fatal est arrivé. Ma blonde m'a lâché. C'était le bout du bout! C'est comme si je réalisais que j'avais tout gâché ma vie. Je me suis mis à m'isoler, à écouter de la musique "fuckée" et puis à boire. L'idée de me tuer m'est alors passée par la tête. Les événements se sont enchaînés et j'ai tenté de me suicider... »

Alexandre, 17 ans, étudiant en formation professionnelle

Même lorsqu'elle ne provoque pas une véritable dépendance au sens des critères d'un trouble mental, la consommation abusive de psychotropes apparaît clairement dans la littérature scientifique comme un facteur de risque majeur du suicide et des tentatives de suicide chez les jeunes. La consommation abusive d'alcool ou de drogues peut jouer un rôle tantôt prédisposant, tantôt précipitant. Au titre de facteur prédisposant, la consommation abusive d'alcool ou de drogue peut entraîner progressivement un jeune jusqu'au suicide en provoquant ou en aggravant un état dépressif ou agressif et en favorisant une rupture de ses liens sociaux ou affectifs significatifs avec ses parents, ses amis ou son conjoint. En fait, la consommation abusive d'alcool ou de drogues

²⁸ D.A. BRENT. « Risk Factors for Adolescent Suicide Behavior : Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (suppl.), 1995, p. 52-63.

A. GARLAND et E. ZIGLER. « Adolescent Suicide Prevention, Current Research and Social Policy Implications », *American Psychologist*, 48, 2, 1993, p. 169-182.

²⁹ A. SPIRITO, et coll., *loc. cit.*

constitue un facteur prédisposant aux gestes suicidaires parce qu'elle affecte l'ensemble du fonctionnement affectif, cognitif, social, familial et comportemental de l'individu³⁰. Utilisée souvent comme moyen compensatoire, pour oublier ou fuir des difficultés ou des carences, la consommation abusive de psychotropes ne fait qu'enfoncer davantage la personne dans ses problèmes.

À titre de facteur précipitant, la consommation abusive de psychotropes facilite le passage à l'acte suicidaire en atténuant les mécanismes naturels d'inhibition, c'est-à-dire de protection contre les gestes d'autodestruction. Des chercheurs américains soutiennent que la hausse du suicide chez les jeunes de moins de 20 ans s'est produite largement chez ceux qui ont commis leur suicide sous l'effet de médicaments, de l'alcool, de drogues ou d'un mélange de ces substances³¹. Selon les mêmes auteurs, il est plausible qu'au cours des vingt dernières années, l'abaissement de l'âge auquel les jeunes font l'essai de l'alcool et des drogues ait contribué partiellement à la hausse du suicide chez les adolescents. Chez les adolescents qui vivent des difficultés importantes ou ceux atteints de maladie mentale, l'intoxication à l'alcool ou à une drogue est particulièrement dangereuse si elle se combine à l'accès facile à une arme à feu.

2.4 Le fait d'avoir déjà attenté à ses jours

« J'ai fait trois tentatives de suicide, toujours avec des médicaments. J'étais pas sûre de mourir, mais j'étais prête à prendre le risque de pas me réveiller. Quant on a trop de choses qui vont pas bien dans notre vie, on commence à penser au suicide, mais ça fait peur. À force d'y penser, ça fait moins peur. On pense au moyen, pis on finit par faire une tentative. Mais souvent on va choisir une tentative qui n'est pas définitive comme se couper les poignets ou prendre des pilules. Mais après ça, quand on est décidé pis habitué à l'idée, une fois qu'on a fait plusieurs tentatives, on va prendre des moyens plus violents. »

Julie, 23 ans

Au-delà des troubles mentaux et des problèmes d'alcool ou de drogue, le fait d'avoir déjà fait une tentative non fatale de suicide dans le passé accroît grandement le risque de suicides complétés, en particulier chez les jeunes présentant l'un ou l'autre ou les deux facteurs de risque mentionnés ci-dessus³².

Certains auteurs soutiennent même que la tentative de suicide représente le meilleur prédicteur unique de suicide complété³³. Parmi les jeunes victimes de suicide, il a été

³⁰ A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*, p. 173.

³¹ D.A. BRENT, J.A. PERPER et C.J. ALLMAN, « Alcohol, Firearms and Suicide Among Youth », *Journal of American Medical Association*, 257, 1987, p. 3369-3372.

³² D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

³³ D. SHAFFER, et coll. (1988), *loc. cit.*

constaté qu'environ 40 % avaient déjà fait une tentative de suicide auparavant³⁴. D'autres études³⁵ indiquent que, chez les adolescents, jusqu'à 40 % des jeunes ayant fait une tentative récidiveront et que, parmi ces récidivistes, de 10 à 15 % finiront par se tuer. Les facteurs associés à la récurrence sont des troubles de l'humeur persistants³⁶, des conflits interpersonnels, l'absence de thérapie familiale dans le plan de traitement de ces jeunes et la consommation d'un certain type de médicaments prescrits pour contrer la dépression, les antidépresseurs tricycliques³⁷. Certains auteurs soutiennent que, comparativement aux jeunes qui ne font qu'une seule tentative de suicide non fatale dans leur vie, les jeunes qui récidivent plusieurs fois constituent un groupe particulier de suicidaires présentant davantage de problèmes tels que des troubles de la personnalité ou une toxicomanie. Ces jeunes ont également des contacts fréquents avec les services psychiatriques³⁸.

De façon générale, les études indiquent clairement que le risque de récurrence et de suicide complété demeure particulièrement élevé chez les jeunes suicidaires dans les six premiers mois suivant leur première tentative, surtout s'ils continuent d'éprouver des difficultés ou des problèmes de santé mentale importants. Il est peu surprenant de noter que les jeunes qui accumulent de nombreux problèmes psychosociaux démontrent

³⁴ R. BOYER, et coll., *op. cit.*

D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

³⁵ R.F. DIEKSTRA. « Suicidal Behavior in Adolescent and Young Adults : the International Picture », *Crisis*, 10, 1989, p. 16-35.

A. SPIRITO, et coll., *loc. cit.*

A. SPIRITO, et coll., « Adolescent Suicide Attempts : Outcomes at Follow-up », *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1992, p. 464-468.

L. APPLEBY et R. WARNER. « Parasuicide : Features of Repetition, and the Implications for Intervention », *Psychological Medicine*, 23, 1993, p. 13-16.

³⁶ D.A. BRENT, *loc. cit.*

³⁷ D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

À noter que les antidépresseurs tricycliques sont mieux connus sous les noms commerciaux de Anafranil, Aventyl, Desyrel, Levate, Ludiomil, Norpramin, Sinéquan, Trofanil, Triptil, etc.

³⁸ R.A. BARNES. « The Recurrent Self-Harm Patient », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 4, 1986, p. 399-409.

J.P. LAVOIE, et coll. *Réseau social, recherche d'aide et soutien social chez une population de parasuicidaires francophones âgés de 18 à 64 ans*, Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun et Unité de recherche psychosociale de l'Hôpital Douglas, 1990, 104 p.

des taux de tentative de suicide plus élevés que leurs pairs qui ne vivent pas de tels problèmes³⁹.

2.5 Les antécédents familiaux de suicide et les problèmes familiaux

« Mes relations avec ma famille ne sont pas très bonnes, avec mon père plus particulièrement. Je crois qu'il n'accepte pas que je sois malade [troubles mentaux]. Il n'accepte pas sa part de responsabilité là-dedans. Mes frères et mes soeurs ne sont pas très importants pour moi. J'ai choisi de ne pas être proche d'eux parce qu'ils me jugent beaucoup. Ils disent que je ne fais pas les choses comme les autres. Ils ne respectent pas mes choix de vie et mes ambitions. Ils ne comprennent pas que je veuille aller à l'université. Ils n'aiment pas mes amis... »

Anne-Marie, 20 ans, étudiante au collégial

« Tout ça, c'est parce que je n'aime pas la vie! J'ai eu des problèmes avec mon père. Il me battait. J'ai aussi toujours eu des difficultés à l'école. Les autres ne m'acceptaient pas. À l'époque, j'étais obèse. Je pesais 250 livres. Je déprimais tout le temps. Actuellement, j'ai maigri mais je déprime encore souvent et je pense à mon père... »

Lise, 18 ans, prestataire de la sécurité du revenu

La plupart des études ayant examiné les facteurs de risque des tentatives non fatales de suicide et des suicides complétés chez les jeunes rapportent la présence d'antécédents familiaux de suicide ou de maladies mentales ou encore des problèmes d'abus, de négligence, de conflit ou d'autres formes graves de dysfonctionnement familial. Les jeunes issus d'une famille qui a déjà été touchée par le suicide présentent de sept à neuf fois plus de risques de suicide comparativement aux autres⁴⁰. Certains auteurs affirment que le plus dévastateur des messages suicidogènes adressés à l'enfant tient dans le suicide complété d'un de ses parents⁴¹. Outre l'influence plausible des

³⁹ B. SIBTHORPE, et coll. « Drug Use, Binge Drinking and Attempted Suicide Among Homeless and Potentially Homeless Youth », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 2, juin 1995, p. 248-256.

⁴⁰ J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD. « Prévention du suicide » dans *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1994, p. 523.

A.J. BOTSIS, et coll. « Parental Loss and Family Violence as Correlates of Suicide and Violence Risk », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 2, été 1995, p. 253-260.

B.D. GARFINKEL, A. FROESE et J. HOOD. « Suicide Attempts in Children and Adolescents », *American Journal of Psychiatry*, 139, 1982, p. 1257-1261.

⁴¹ M.H. SAMY. « Origine de l'ambivalence parentale et incidences sur le comportement suicidaire chez les adolescents », *P.R.I.S.M.E.*, 5, 4, automne 1995, p. 438.

conditions de vie familiale, on ignore si la transmission de certains traits héréditaires de vulnérabilité peut également être en cause.

Les études montrent que la présence de troubles psychiatriques chez les parents, le dysfonctionnement familial, les conflits avec les parents ou avec les autorités, les abus physiques ou sexuels ainsi que la perte d'un être cher sont plus fréquents chez les jeunes victimes de suicide que chez les autres jeunes ayant les mêmes caractéristiques et provenant du même milieu socio-démographique⁴². Il semble que les garçons soient plus portés que les filles à éprouver le trouble des conduites à la suite de l'éclatement de la famille, ce qui pourrait expliquer partiellement les plus forts taux de suicide observés chez les garçons⁴³.

Les histoires de placement en famille d'accueil pendant l'enfance à cause de difficultés familiales sont fréquentes chez les jeunes qui font une tentative de suicide⁴⁴. On rapporte également la présence de nombreux changements de partenaires (unions-séparations-unions) chez les parents de ces jeunes. D'autres études⁴⁵ font état de l'absence de relations affectives satisfaisantes ou de communication réelle entre parent et jeune dans beaucoup de cas de tentatives de suicide.

Il semble donc que certains traits de vulnérabilité se transmettent des parents aux enfants. Ces traits trouvent dans un environnement familial dysfonctionnel un terreau fertile pour s'aggraver et, sous l'effet d'autres facteurs de risque, engendrer des comportements suicidaires. Les contributions respectives de l'hérédité et de l'environnement familial dans la genèse des comportements suicidaires demeurent pour le moment inconnues.

⁴² D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

D.A. BRENT, *op. cit.*, p. 58.

C.A. KING, et coll. « A Prospective Study of Adolescent Suicidal Behavior Following Hospitalisation », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 3, automne 1995, p. 327-338.

⁴³ D. SHAFFER, et coll. *Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide*, 1994 (manuscrit en révision) cité dans D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

⁴⁴ M. TOUSIGNANT, M.F. BASTIEN et S. HAMEL. « Prévenir le suicide chez les jeunes : une offensive à plusieurs volets », *Revue québécoise de psychologie*, 15, 2, 1994, p. 121-122.

M. KERFOOT, et coll. « Correlates and Short-Term Course of Self-Poisoning in Adolescents », *British Journal of Psychiatry*, 168, 1, janvier 1996, p. 38-42.

⁴⁵ S.E. SWEDO, et coll. « Can Adolescent Suicide Attempters Be Distinguished From At-Risk Adolescents ? », *Pediatrics*, 88, 3, septembre 1991, p. 620-629.

H.M. HOBBERMAN et B.D. GARFINKEL. « Completed suicide in children and adolescents », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 1988, p. 689-695.

2.6 L'orientation sexuelle

« Je pense que mes problèmes ont débuté à 14 ans lorsque j'ai découvert la sexualité... J'ai jamais eu beaucoup de motivation dans la vie à part mes relations amoureuses avec les femmes. J'ai eu de la difficulté à accepter mon orientation sexuelle, mais aujourd'hui ça va mieux. »

Geneviève, 29 ans, a fait plusieurs tentatives de suicide

L'existence de liens entre l'homosexualité et le suicide fait présentement l'objet de débats dans la communauté scientifique⁴⁶. Les liens possibles entre l'orientation sexuelle et le suicide ont reçu davantage d'attention depuis la publication du *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide* publié aux États-Unis en 1989. Dans ce document, deux auteurs⁴⁷ affirment qu'une orientation sexuelle de type homosexuelle ou bisexuelle constitue un facteur de risque majeur de suicide chez les jeunes. L'humiliation et la frustration éprouvées par les adolescents aux prises avec des conflits liés à leur orientation sexuelle précipiteraient le comportement suicidaire. L'un de ces auteurs a même avancé, sans toutefois citer d'étude scientifique publiée, que les jeunes gais et lesbiennes peuvent représenter jusqu'à 30 % des suicides de jeunes annuellement⁴⁸. Cette affirmation sans fondement scientifique rigoureux s'est récemment attirée de nombreuses critiques⁴⁹.

Relativement aux tentatives de suicide, les études actuelles ne nous permettent pas de faire le point sur cette question, puisqu'elles présentent plusieurs failles méthodologi-

⁴⁶ S.J. BLUMENTHAL. « Letter to the Editor », *Journal of American Medical Association*, 265, 1991, p. 2806-2807.

L.K. SNELLING. « Letter to the Editor », *Journal of American Medical Association*, 265, 1991, p. 2806.

⁴⁷ J. HARRY. « Sexual Identities Issues » dans *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, volume 2 : Risk Factors for Youth Suicides*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1989, p. 131-142.

P. GIBSON. « Gay Male and Lesbian Youth Suicide » dans *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, volume 3 : Prevention and Interventions in Youth Suicide*, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1989, p. 110.

⁴⁸ Il faut noter que cette donnée a été mal rapportée dans une publication de la Commission des droits de la personne, où l'on peut lire : « Ainsi, selon une étude américaine, plus de 40 % des suicides parmi les adolescents seraient attribuables à des problématiques reliées à leur orientation sexuelle. »

Source : COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC. *De l'illégalité à l'égalité, rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*, Montréal, Commission des droits de la personne du Québec, 1994, p. 38.

⁴⁹ P. MUEHRER. « Suicide and Sexual Orientation : A Critical Summary of Recent Research and Directions for Future Research », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (suppl.), 1995, p. 72-81.

ques ou limites importantes. Au départ, il existe un problème de définition et de mesure de l'orientation sexuelle dans les enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population⁵⁰.

Plusieurs des études ayant examiné la question de l'orientation sexuelle se basent sur des cas de tentatives rapportés par les jeunes eux-mêmes, donc des parasuicides; ces jeunes se sont identifiés comme homosexuels ou bisexuels. Peu d'études portent sur des jeunes hospitalisés pour tentative de suicide. En outre, les études ne comprennent en général qu'un faible nombre de sujets homosexuels ou bisexuels, la plupart du temps recrutés dans des lieux particuliers comme des centres de crise, des refuges ou des groupes de soutien, ce qui les rend non représentatifs de l'ensemble de la population de jeunes gais ou bisexuels⁵¹. Par ailleurs, beaucoup de sources citées dans la littérature sur le suicide chez les gais et les lesbiennes n'ont pas été publiées dans des revues scientifiques qui, traditionnellement, soumettent les articles à l'analyse critique de pairs. Par conséquent, la validité et la fidélité des données et des constats qui y figurent paraissent incertains ou inconnus. De plus, la plupart des études en cause ne présentent pas de groupes témoins de jeunes non gais de même profil socio-démographique.

Les auteurs dont les articles ont été publiés dans des revues scientifiques⁵² arrivent à la conclusion que le seul fait d'être gai ne constitue pas un facteur de risque significatif du suicide et que les cas de suicide des jeunes gais ne sont pas attribuables à la stigmatisation ou au manque de soutien. En fait, ces études montrent plutôt que les facteurs de risque majeurs de suicide chez les jeunes étudiés sont les troubles mentaux, l'abus de psychotropes et un dysfonctionnement familial grave, quelle que soit l'orientation sexuelle. Les auteurs concluent que les facteurs de risque majeurs reconnus chez les suicidés homosexuels sont identiques à ceux des hétérosexuels.

À prime abord, il paraît plausible de croire que, si les homosexuels et les bisexuels sont victimes de discrimination dans la population, ils sont plus susceptibles de se suicider que les hétérosexuels. Toutefois, les groupes de la population qui généralement font

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ R.C. SAVIN-WILLIAMS. « Verbal and Physical Abuse as Stressors in the Lives of Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youth : Associations with Schools Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution and Suicide », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1994, p. 261-269.

⁵² C.L. RICH, et coll. « San Diego Suicide Study : Comparison of Gay to Straight Males », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 4, 1986, p. 448-457.

D. SHAFFER, et coll. « Sexual Orientation in Adolescent Who Commit Suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (suppl.), 1995, p. 64-71.

G. REMAFEDI, J.A. FARROW et R.W. DEISHER. « Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth », *Pediatrics*, 87, 1991, p. 869-875.

l'objet de discrimination ne semblent pas montrer des taux de suicide supérieurs aux groupes moins touchés par une telle discrimination⁵³. Ainsi, les données du National Center for Health Statistics⁵⁴ montrent qu'aux États-Unis, certains groupes de la population parmi les plus souvent victimes de discrimination, d'intolérance et parfois de violence, comme les membres des minorités ethniques et les femmes, présentent, paradoxalement, des taux de suicide plus faibles que la moyenne.

Les études disponibles sur les liens entre l'orientation sexuelle et le suicide ne permettant pas de tirer des conclusions précises. Un groupe de chercheurs réunis sous l'égide de l'*American Association of Suicidology*⁵⁵ a souligné la nécessité de mener des recherches plus rigoureuses sur le sujet et de valider les concepts et les mesures de l'orientation sexuelle. Les chercheurs ont établi que les quelques études publiées sur la question ne présentent pas de données généralisables et qu'il n'y a pas d'évidence à l'échelle de la population que l'orientation sexuelle et la suicidalité soient liées d'une quelconque façon. Le groupe présente plusieurs recommandations en ce qui concerne les recherches à mener dans ce secteur.

Malgré l'absence de données scientifiques concluantes, il demeure plausible que certains adolescents qui se découvrent une orientation homosexuelle ou bisexuelle en soient angoissés et perturbés au point d'avoir des pensées suicidaires ou de faire une tentative de suicide. Par conséquent, la dédramatisation de l'homosexualité et la déstigmatisation des jeunes homosexuels paraissent tout à fait légitimes, peu importe si une telle orientation augmente ou non les risques de comportement suicidaire.

2.7 Le chômage ou le statut d'inactif

Plusieurs études ont fait état de liens entre l'évolution des taux de suicide et les variations du taux de chômage, ou encore, entre les taux de suicide et le statut de chômeur, d'inactif ou de personne à faible revenu. Par exemple, au Québec, certains auteurs⁵⁶ ont rapporté des associations statistiquement significatives entre l'accroissement des taux de chômage et des taux de suicide chez les Québécois de tous les groupes d'âge entre 1966 et 1981. Cependant, comme le soulignent ces auteurs, il est possible qu'un tel lien soit dû en fait à d'autres facteurs, associés ou non aux récessions

⁵³ P. MUEHRER, *loc. cit.*

⁵⁴ NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Advance Report of Final Mortality Statistics 1990*, Monthly Vital Statistics Report, Public Health Service, 41, 7 (suppl.), 1993.

⁵⁵ WORKSHOP ON SUICIDE AND SEXUAL ORIENTATION. « Recommendations for a Research Agenda in Suicide and Sexual Orientation », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (suppl.), 1995, p. 82-88.

⁵⁶ H.J. CORMIER et G.L. KLERMAN. « Suicide, économie et environnement social au Québec, 1950-1981 », *L'Union médicale du Canada*, 114, mai 1985, p. 360-365.

économiques. Cette hypothèse paraît vraisemblable puisque la période 1966-1981 correspond à la révolution tranquille au Québec. Cette époque a été marquée par une foule de chambardements individuels, familiaux, sociaux et économiques qui peuvent, chacun à leur manière, avoir influé sur les taux de suicide. D'autres auteurs n'ont pu établir de liens entre l'évolution des taux de chômage et ceux du suicide⁵⁷, ni de plus grande fréquence de statut de chômeur ou de perte d'emploi chez les jeunes adultes victimes de suicide⁵⁸.

En fait, les liens possibles entre le chômage et le suicide apparaissent complexes. Selon certains auteurs⁵⁹, les conséquences d'une perte d'emploi ou du chômage dépendent beaucoup du degré de vulnérabilité de la personne qui connaît cette situation ainsi que de la valeur qu'elle accordait à son emploi. Les conséquences psychologiques, familiales et économiques qui en découlent jouent aussi. Dans la même veine, même s'il demeure plausible que la pauvreté, ou un faible niveau de revenu, favorise la détresse ou le désespoir de ceux et celles qui la vivent et offre des conditions propices au développement de conduites suicidaires, le nombre élevé et la complexité des variables en cause font en sorte que les études réalisées à ce jour n'ont pas permis de démontrer clairement un tel lien. Il faudrait évaluer les trajectoires de vie de plusieurs centaines de personnes si on voulait vraiment évaluer dans quelle mesure le chômage ou une perte d'emploi pourrait mener à court ou à moyen terme au suicide. Ce genre d'études n'est pas disponible actuellement. Cependant, il demeure plausible que, sur le plan individuel, le chômage ou l'inactivité puisse faire partie d'un enchaînement de facteurs pouvant mener certains individus au suicide.

On peut également souligner le fait qu'à partir de 1975, le taux de chômage chez les jeunes Québécois a amorcé une hausse lente, mais presque continue jusqu'à aujourd'hui. Les jeunes, les moins scolarisés surtout, ont été affectés davantage par cette hausse du chômage que les autres groupes de la population.

⁵⁷ B.S. CENTERWALL. « Young Adult Suicide and Exposure to Television », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 1990, p. 149-153.

⁵⁸ R. BOYER, et coll., *op. cit.*

L.M. BOUCHARD, A. CHAPDELAIN et G. MIREAULT. *Les suicides dans les régions de Québec et de Chaudière-Appalaches : mieux comprendre pour mieux prévenir*, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, 1992, 50 p.

⁵⁹ M. TOUSIGNANT, M.F. BASTIEN et S. HAMEL, *loc. cit.*

2.8 Les traits culturels, les valeurs et les convictions religieuses

À propos d'autres facteurs liés au phénomène du suicide, plusieurs études⁶⁰ indiquent que la race des individus, avec les traits culturels qui y sont liés, joue un rôle dans la propension au suicide. Certains peuples ou groupes ethniques montrent, historiquement, des taux de suicide plus élevés que d'autres⁶¹; on a aussi noté qu'après avoir immigré dans un autre pays, certains conservent un taux de suicide plus élevé que celui de la société d'accueil, même après plusieurs années de séjour.

Au Canada et au Québec, les jeunes des communautés culturelles montrent généralement des taux de suicide moindres que les jeunes de souche française ou britannique : ils viennent de pays où, historiquement, les taux de suicide sont plus bas qu'au Canada. Selon certains chercheurs⁶², les valeurs sociales, familiales et religieuses plus traditionnelles des communautés culturelles sembleraient les prémunir contre le suicide. Dès la fin du 19^e siècle, le sociologue français Durkheim a avancé une hypothèse qui n'a pas été démentie depuis : le risque de suicide est inversement proportionnel au degré d'intégration des individus à la société religieuse, domestique et politique. Des auteurs⁶³ sont d'avis que l'augmentation du suicide observée dans la plupart des pays occidentaux entre 1960 et 1980 est liée à la perte de repères sociaux (normes, valeurs) découlant du rejet des valeurs et des normes religieuses et de la montée de l'individualisme comme valeur et comme mode de vie.

Parmi les facteurs associés à un risque accru de suicide définis dans les pages précédentes, plusieurs ont touché l'ensemble de la population et les jeunes d'une façon plus importante. Ainsi, l'éclatement des familles a particulièrement affecté les jeunes qui l'ont vécu. Les taux de divorce ont bondi de façon spectaculaire au Québec à partir de 1969, notamment chez les couples avec enfants ou adolescents. Le « rajeunissement » du suicide parmi la population des jeunes elle-même est sans doute lié en partie à l'instabilité et au dysfonctionnement des familles, mais aussi à l'âge plus précoce où se manifestent certains comportements. Ainsi, la plupart des études épidémiologiques montrent que, parallèlement aux comportements suicidaires, plusieurs autres phénomènes ont « rajeuni », comme l'âge des premières relations sexuelles, l'expérience de la cigarette, de l'alcool et des drogues, la grossesse accidentelle. Il est plausible que

⁶⁰ Notamment les études citées dans A.A. LEENAARS et D. LESTER. « Suicide in Adolescents : A comparison of Canada and the United-States », *Psychological Reports*, 67, 3, décembre 1990, p. 867-873.

⁶¹ Citons la Hongrie qui, historiquement, détient le plus haut taux de suicide des pays industrialisés. De même, il y a 40 ans et encore aujourd'hui, l'Angleterre détenait l'un des plus bas taux de suicide du monde occidental, sans qu'on ait trouvé d'explications à caractère social, sanitaire ou économique.

⁶² M. TOUSIGNANT. « Le suicide et les communautés culturelles, le cas des jeunes au Québec », *Frontières*, hiver 1991, 3, 3, p. 12.

⁶³ Par exemple, S. STACK, cité dans B.S. CENTERWALL, *loc. cit.*, p. 152.

certaines de ces expériences entraînent des traumatismes psychologiques pour certains jeunes qui, à cet âge, sont encore peu outillés pour faire face à des problèmes personnels ou relationnels complexes.

Parmi les autres éléments qui peuvent être associés à la hausse des suicides, il faut mentionner l'insécurité et le vide spirituel qu'a pu laisser la quasi-disparition d'une institution, l'Église, comme autorité sociale et morale régissant les valeurs et les comportements des individus. Dans son sillage, ce changement a contribué, tout comme d'autres, à affaiblir certains éléments sociaux de protection, tels que la valeur accordée à l'aide au prochain et à la solidarité familiale, paroissiale et sociale. De pair avec la prise en charge par l'État de nombreux services et avec l'importance accrue de la consommation, une certaine anomie liée à l'individualisme et à l'isolement social a touché un nombre croissant de personnes.

En conclusion

Les adolescents et les jeunes adultes qui se suicident n'en viennent pas à poser un tel geste du jour au lendemain. La souffrance et le désespoir de ces jeunes s'amplifient sournoisement pendant des mois ou des années sous l'effet de divers facteurs personnels de vulnérabilité et de facteurs environnementaux d'agression. Lorsque la souffrance et le désespoir atteignent leur paroxysme et que le jeune a épuisé ses moyens d'adaptation, ce dernier ne voit plus d'autre solution à sa souffrance que celle de mettre fin à ses jours.

La probabilité de commettre un geste suicidaire semble découler à la fois du nombre, de la gravité et de la façon dont s'enchaînent certains facteurs de risque qui affectent l'individu et du degré de vulnérabilité, c'est-à-dire de la faiblesse des facteurs de protection de ce dernier. Non seulement les mécanismes personnels d'adaptation de l'individu peuvent être déficients, mais, de plus, son environnement familial ou social peuvent être agressants plutôt que protecteurs.

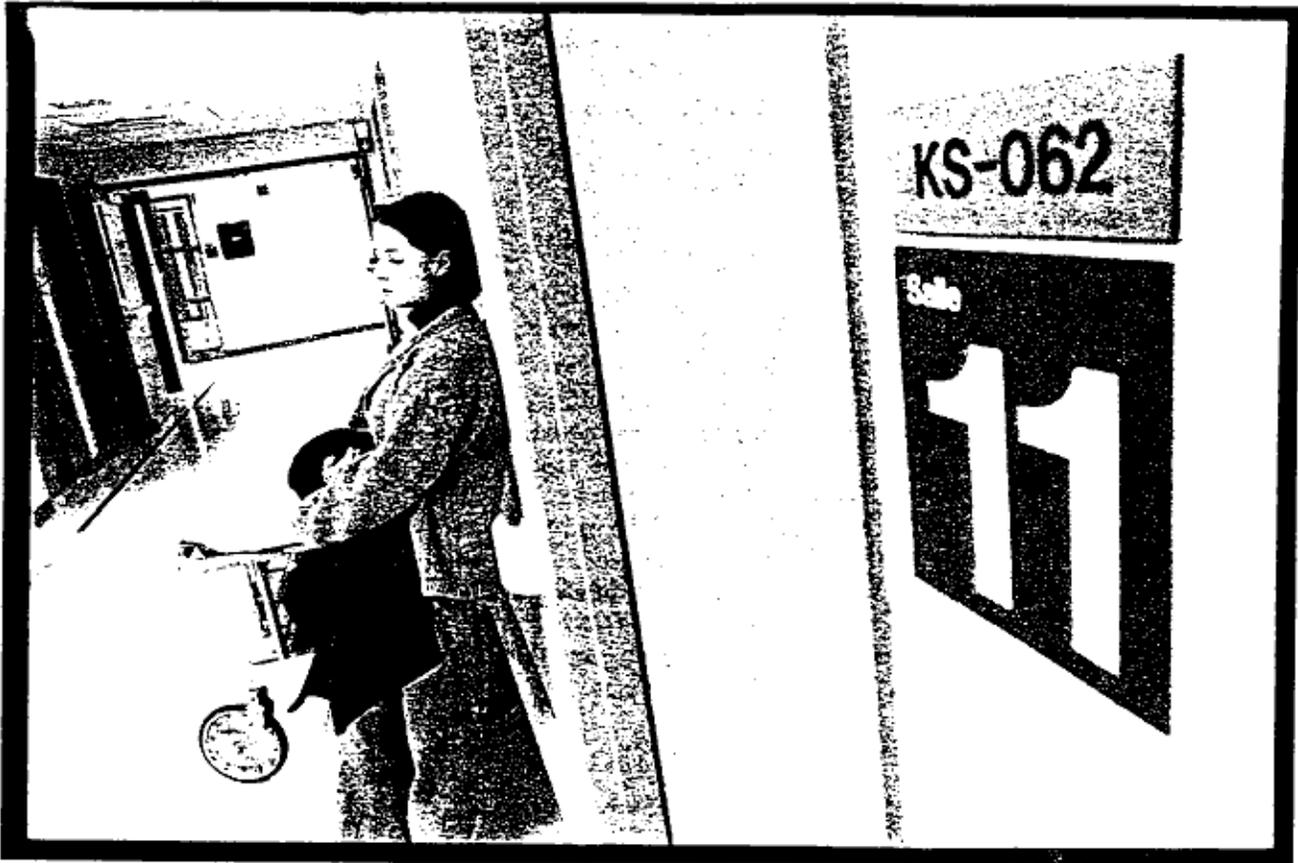
La recherche scientifique met en lumière le fait qu'une majorité des jeunes qui se suicident se distingue de l'ensemble plus vaste de ceux qui font une tentative non fatale de suicide. Dans le cas des suicides complétés, le fait d'avoir déjà attenté à ses jours, d'être atteint d'une maladie mentale comme la dépression profonde, de certains troubles de la personnalité ou une dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore le fait de présenter une histoire familiale de suicide ou de problèmes graves de santé mentale constituent les facteurs de risque les plus associés au décès. Les troubles de la personnalité, la dépendance à l'alcool ou aux drogues et les conditions psychotiques deviennent des contributeurs plus importants du suicide vers la fin de l'adolescence et chez les jeunes adultes, comparativement aux adolescents plus jeunes.

Sur le plan des tentatives non fatales de suicide, l'éventail des facteurs de risque apparaît, tout comme la clientèle, beaucoup plus large que dans le cas des suicides complétés. Comparativement à la population des jeunes suicidés, les suicidaires sont globalement plus jeunes (adolescents plutôt que jeunes adultes), majoritairement de sexe féminin, manifestent moins de troubles psychiatriques aigus, utilisent des moyens moins mortels et présentent plus d'ambivalence quant à leur intention de mettre fin à leurs jours. Les problèmes psychosociaux ou relationnels, actuels ou pouvant remonter à l'enfance semblent particulièrement fréquents chez les jeunes adolescents qui attendent à leurs jours. Les carences affectives, les abus ou la négligence parentale, les conflits interpersonnels ainsi que la perte d'un être cher constituent des facteurs souvent présents dans le cas des tentatives de suicide chez les jeunes, en particulier chez ceux qui présentent une personnalité impulsive ou agressive ou chez ceux dont les compétences sociales sont faibles.

On ne peut situer la contribution exacte des divers facteurs de risque associés au suicide au regard de l'augmentation importante du phénomène au Québec et ailleurs au cours des trente dernières années. Il n'existe pas d'explication simple ni satisfaisante. Cependant, l'ampleur et la vitesse des transformations sociales et économiques qu'a connu le Québec depuis 1965 y sont certainement pour quelque chose.

La surmortalité des jeunes hommes comparativement aux jeunes femmes est plus grande au Québec que dans d'autres pays occidentaux. Le suicide étant lié à des troubles mentaux et à des problèmes d'adaptation sociale, la surmortalité des jeunes hommes apparaît moins surprenante lorsqu'on jette un coup d'oeil aux données d'enquête provenant de différents secteurs de la société et montrant, par exemple, que les taux de toxicomanie, de troubles du comportement, de délinquance, de décrochage scolaire, de chômage et d'itinérance sont sensiblement plus élevés chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Par ailleurs, certains auteurs⁶⁴ rapportent que la dépression, un facteur de risque important du suicide, toucherait davantage les jeunes hommes que les jeunes femmes, contrairement à la situation qui a cours dans la population d'âge moyen, où la dépression touche davantage les femmes. Ces constats soulèvent un questionnement qui dépasse l'objet du présent document, mais qui nous préoccupe beaucoup : que se passe-t-il donc avec les jeunes hommes?

⁶⁴ R. BOYER, et coll., *op. cit.*



Sont particulièrement à risque les jeunes atteints d'un trouble mental, ayant récemment fait une tentative de suicide, présentant des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale ou ayant vécu des difficultés familiales importantes, comme l'abus et la négligence.

S.O.S. Jeunes en détresse!
Conseil permanent de la jeunesse

« Linda s'est pendue à l'hôpital, dans la toilette avec ses draps. La vie pour elle, c'était devenu un poids, un grand vide. Ça fait tellement mal que t'es plus capable de vivre. Elle disait qu'un fond de poubelles méritait plus de considération qu'elle dans notre société. Linda avait été abusée sexuellement par son beau-père pendant plusieurs années. Ensuite, elle a plongé dans la drogue puis la prostitution. Lorsque son beau-père est sorti de prison, il l'a cherchée pis il l'a trouvée. Il a encore abusé d'elle... C'était l'amour de sa mère qu'elle voulait. Sa mère l'avait rejetée. Elle espérait que sa mère l'appelle pour lui dire de revenir, qu'elle lui pardonnait, qu'elle l'aimait. »

Maryse, amie de Linda

Chapitre 3

Comment prévenir ?

Les constats de la recherche scientifique

« Le suicide, c'est la phase terminale des problèmes. Faudrait agir bien avant, en modifiant bien des choses. Commencer le dépistage très tôt et intervenir très tôt. Sinon, on ne met que des " plasters ". »

Louis, intervenant en centre jeunesse

Dans le chapitre précédent, le Conseil a décrit les principaux facteurs de risque ou problèmes associés au suicide des jeunes. Il cherchera maintenant comment intervenir efficacement auprès des jeunes affectés par de tels problèmes. La littérature scientifique récente fait largement état des limites des diverses approches utilisées jusqu'à présent pour prévenir le suicide ou intervenir auprès des jeunes qui ont attenté à leurs jours. La recherche met également en lumière des pistes d'action pouvant rendre la prévention et l'intervention plus efficaces. Dans les pages qui suivent, le Conseil résume les principaux constats de la recherche sur ces questions.

3.1. À propos du dépistage, de la référence et de l'intervention auprès des jeunes à risque de suicide

3.1.1 Le dépistage et la référence des jeunes en difficulté

« J'ai cherché de l'aide un peu partout avant ma tentative, mais quand on s'adresse, comme dans les CLSC et les hôpitaux, ils disent tout le temps : c'est pas ton secteur; il faut que t'aïlles dans ton secteur. Moi, mon secteur, c'était un hôpital en psychiatrie, pis j'voulais pas aller là. Ça fait que j'pouvais pas aller nulle part, ça fait que j'ai fait ma tentative. Y faut quasiment que tu la fasses pour qu'on s'occupe de toi. »

Julie, 23 ans

Un des problèmes majeurs auxquels se heurte la prévention du suicide tient au fait que la plupart des jeunes suicidaires demeurent, ni dépistés, ni adressés à des ressources d'aide et que, par conséquent, ils ne reçoivent aucun traitement ni soutien adéquat⁶⁵.

⁶⁵ A. SPIRITO, et coll., *loc. cit.*

E.T. ISOMETA, et coll. « Suicide and Major Depression », *American Journal of Psychiatry*, 151, 1994, p. 530-536.

La plupart des jeunes suicidaires se confient à quelqu'un avant de faire leur tentative de suicide, surtout à des amis; toutefois, moins de la moitié d'entre eux expriment leur intention de mettre fin à leurs jours d'une façon claire⁶⁶ et très peu sollicitent l'aide de professionnels.

Ces constats soulèvent la pertinence d'envisager la mise sur pied de diverses activités de dépistage et de référence visant les jeunes touchés par des troubles mentaux ou par des problèmes psychosociaux pouvant susciter un état de détresse important et des conduites suicidaires. Cependant, la seule présence des principaux facteurs de risque associés au suicide tels que la dépression ou la toxicomanie ne permettent pas de prédire si la personne qui en est affectée posera ou non un geste suicidaire⁶⁷. Les facteurs de risque touchent beaucoup de personnes, dont seul un très petit nombre en viendra au suicide. Lorsqu'un jeune est touché simultanément par plusieurs problèmes mentaux ou psychosociaux, le risque qu'il pose un geste suicidaire s'accroît substantiellement, mais il demeure encore relativement faible. En fait, plusieurs auteurs rapportent que les profils des jeunes à risque de poser un geste suicidaire correspondent à bien des égards à ceux de la plupart des jeunes en difficulté, mis à part un degré de désespoir plus élevé⁶⁸.

Malgré les difficultés inhérentes au dépistage, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que le repérage des jeunes présentant des facteurs de risque du suicide demeure tout à fait pertinent, non seulement parce que certains d'entre eux risquent de se suicider, mais aussi et surtout parce que la plupart d'entre eux ont grand besoin d'aide. Selon le rapport du Group for Advances in Psychiatry⁶⁹, la première des mesures pour la prévention du suicide est le dépistage précoce des adolescents à risque. Les auteurs de ce rapport soutiennent qu'il est prioritaire de dépister et de traiter les troubles psychiatriques qui s'accompagnent d'un risque particulièrement élevé de suicide, tels que la dépression, les troubles de la personnalité ou des conduites, ainsi que la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

D.A. BRENT, et coll. (1993), *loc. cit.*

⁶⁶ J.P. LAVOIE, et coll., *op. cit.*, p. 64.

⁶⁷ R.E. LITMAN. « Suicide Prevention in a Treatment Setting », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, printemps 1995.

A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*

M.M. SILVERMAN et R.W. MARIS, *loc. cit.*

⁶⁸ S.E. SWEDO, et coll., *loc. cit.*

⁶⁹ GROUP FOR ADVANCES IN PSYCHIATRY. « Adolescent Suicide », *Report of the Group for Advances in Psychiatry*, 140, 1996, p. 1-184.

► Le rôle des médecins de famille

Parmi les personnes les mieux placées pour effectuer à un tel dépistage, on compte les médecins de famille. En effet, la plupart des études⁷⁰ ayant examiné quelles étaient les personnes rencontrées par les jeunes suicidaires dans les jours ou les semaines précédant leur tentative de suicide ou leur suicide, rapportent qu'une proportion importante de ces victimes ont consulté un médecin omnipraticien. Parmi tous les professionnels, celui-ci est le plus consulté. Dans certains cas, les signaux de détresse sont envoyés au médecin de famille peu avant de passer à l'acte⁷¹. Cependant, dans la majorité des cas, il semble que de tels signaux demeurent absents ou soient exprimés de façon peu explicite^{72, 73}. En outre, la plupart du temps, les médecins ne connaissent pas ou n'interrogent pas le passé suicidaire ou l'état mental de leurs jeunes patients⁷⁴.

De tels constats ont amené plusieurs auteurs à soutenir qu'une participation plus active des médecins au dépistage des jeunes suicidaires et à la prévention du suicide était cruciale⁷⁵. D'ailleurs, en 1991, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique⁷⁶ a recommandé que les médecins généralistes évaluent systématiquement le risque suicidaire chez leurs jeunes patients, surtout lorsque l'un de ces derniers est atteint d'un problème de santé mentale, et particulièrement s'il s'agit de dépression, de psychose ou de toxicomanie, ou encore si le patient présente une histoire de tentative de suicide ou de suicide d'un membre de sa famille. Une telle recommandation s'appuie sur les résultats d'une étude réalisée en Suède et montrant que le dépistage et le traitement accrus de la dépression par les médecins de famille semblent efficaces pour

⁷⁰ J.P. LAVOIE, et coll., *op. cit.*

R. BOYER, et coll., *op. cit.*

⁷¹ J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD, *op. cit.*

⁷² K. PETRIE. « Recent General Practice Contacts of Hospitalized Suicide Attempters », *New Zealand Medical Journal*, 102, 864, 1989, p. 130-131.

⁷³ R.F. DIEKSTRA et M. VAN EGMOND. « Suicide and Attempted Suicide in General Practice, 1979-1986 », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 3, 1989, p. 268-275.

⁷⁴ G.E. MURPHY. « The Physician's Responsibility for Suicide : 2. Errors of Omission », *Annals Internal Medicine*, 82, 1975, p. 305-309.

⁷⁵ A. LIPSCHITZ, *loc. cit.*

G.E. MURPHY (1995), *loc. cit.*

⁷⁶ GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. « L'examen médical périodique, mise à jour 1990, dépistage précoce de la dépression et prévention du suicide », *L'Union médicale du Canada*, janvier-février 1991, p. 17-22.

réduire les taux de suicide⁷⁷. En 1983 et en 1984, dans la région de Gotland, en Suède, un programme de perfectionnement destiné à tous les médecins généralistes portant sur le dépistage et le traitement de la dépression a été dispensé. Entre 1982 et 1992, une baisse du taux de suicide a été constatée dans cette même région. De plus, parmi tous les cas de suicide évalués, on a trouvé significativement moins de dépression qu'avant la mise en place du programme.

Cette étude a amené plusieurs auteurs à recommander de consacrer des efforts importants à la sensibilisation et à la formation des médecins de famille et de leurs collaborateurs au dépistage et au traitement des personnes dépressives ou suicidaires qui se présentent à leurs cabinets. L'intégration du dépistage des jeunes à risque de suicide et de la prise en charge des patients dépressifs dans les programmes de formation des médecins est considérée comme l'une des avenues les plus prometteuses de la prévention du suicide⁷⁸.

► Le rôle des divers intervenants oeuvrant auprès des jeunes en difficulté

« Je recommanderais aux autres jeunes de ne pas rester seuls avec leur problème. Pour moi, le psychologue de l'école est l'une des meilleures aides. Il est comme un « chum » à qui on dit tout. Lui au moins il ne juge pas! Pour l'aide aussi il faut oublier la ligne téléphonique pour les jeunes. C'est toujours engagé... »

Alexandre, 17 ans, étudiant en formation professionnelle

Certains auteurs⁷⁹ affirment que, pour améliorer le dépistage des jeunes suicidaires, non seulement les médecins doivent-ils être davantage mis à contribution, mais également tous les autres professionnels de la santé. Tous ces gens doivent être formés à la reconnaissance des manifestations des troubles psychiatriques qui peuvent amener un adolescent à se suicider.

⁷⁷ Z. RIHMER, W. RUTZ et H. PIHLGREN. « Depression and Suicide in Gotland. An Intensive Study of all Suicides Before and After a Depression-Training Programme for General Practitioners », *Journal of Affective Disorders*, 35, 4, décembre 1995, p. 147-152.

⁷⁸ J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD, *op. cit.*

G.E. MURPHY (1995), *loc. cit.*

GRUPE CANADIEN D'ÉTUDE SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *loc. cit.*

D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*

⁷⁹ D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

Est soulignée également l'importance de former les intervenants sociaux travaillant auprès des jeunes en difficulté, par exemple dans les centres de réadaptation pour jeunes délinquants ou jeunes toxicomanes, les établissements de détention et dans les maisons de jeunes. De plus, les enseignants, les familles et les jeunes eux-mêmes doivent être informés des signes précurseurs précédant un geste suicidaire et des ressources d'aide disponibles. Il faut sensibiliser l'ensemble des intervenants, des parents et des pairs à l'importance de prendre au sérieux tout comportement suicidaire, particulièrement lorsque les jeunes présentent des troubles affectifs ou un problème d'abus d'alcool ou de drogues.

Certains auteurs⁸⁰ recommandent de dépister la détresse chez l'ensemble des enfants et les adolescents à l'aide d'outils de dépistage validés comme le *Child Behavior Checklist*. Selon eux, cette activité devrait être menée prioritairement dans les écoles et dans les services ou cliniques de médecine familiale. L'accès à des services en santé mentale dans les cliniques médicales pourrait aussi réduire les obstacles à la consultation des spécialistes. Par ailleurs, compte tenu du risque accru de suicide chez les jeunes démontrant un comportement violent, certains auteurs soulèvent la pertinence d'évaluer le potentiel suicidaire des jeunes se retrouvant dans les centres de réadaptation pour jeunes délinquants ou les établissements de détention, plutôt que dans les établissements de soins en santé mentale⁸¹.

D'autres auteurs soulignent que les activités de dépistage des suicidaires doivent être menées avec une extrême prudence⁸². Compte tenu du risque d'étiqueter à tort un grand nombre de jeunes comme suicidaires, le dépistage devrait viser à détecter l'ensemble des difficultés psychosociales des jeunes ce qui donnerait la possibilité aux jeunes qui déclarent un problème de recevoir de l'aide en toute confidentialité. Tous les travailleurs oeuvrant auprès des jeunes en difficulté devraient être formés pour effectuer un dépistage des jeunes en détresse.

Certains auteurs⁸³ rapportent que les activités de formation en prévention du suicide offertes au personnel scolaire et au personnel des organismes communautaires et de santé et de services sociaux donnent des résultats encourageants sur le plan de l'amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques de dépistage et de référence de ces intervenants à l'égard des jeunes en difficulté. Les mêmes auteurs soutiennent qu'il importe que les professionnels travaillant avec des jeunes et, d'une façon particulière, ceux oeuvrant auprès des clientèles à risque, tels que les détenus, les fugueurs et les toxicomanes, soient bien formés en prévention du suicide.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ *Ibid.*

⁸² A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*, p. 179.

⁸³ A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*

La sensibilisation et la formation de tous les intervenants doit également s'attaquer aux mythes et aux préjugés entourant les maladies mentales et aux services d'aide en santé mentale⁸⁴. Beaucoup de jeunes, de parents et d'intervenants hésitent avant de référer un jeune à de tels services et beaucoup n'envisagent même pas l'existence possible d'un trouble mental chez les jeunes qui manifestent un comportement inhabituel. La sensibilisation et la formation des divers intervenants, incluant les parents, pourraient permettre à davantage de jeunes de recevoir un soutien adéquat en cas de besoin.

Dans l'optique d'améliorer le dépistage des suicidaires et, ainsi, de mieux prévenir le suicide, plusieurs auteurs soulignent l'importance d'une recherche scientifique accrue et plus rigoureuse⁸⁵. La recherche est essentielle pour affiner davantage les outils de dépistage des jeunes suicidaires ou de ceux qui sont atteints de troubles de la santé mentale les plus associés au suicide. De plus, des études évaluatives sont nécessaires afin de déterminer comment des programmes de dépistage impliquant les médecins généralistes, les jeunes eux-mêmes et les adultes gravitant autour des jeunes peuvent accroître la référence, l'aide et le traitement des jeunes suicidaires ou à risque de le devenir, de façon à diminuer les taux de tentatives et de suicide chez les jeunes.

3.1.2 Le traitement médical des jeunes suicidaires atteints de trouble mental

« Cette tentative de suicide n'était pas vraiment planifiée. En fait, je ne sais pas vraiment pourquoi j'ai fait ça. Je pense que j'ai souvent tendance à accumuler toutes sortes de choses en moi... À l'hôpital, j'ai essayé de mettre le feu à mes mains... Ils m'ont quand même fait sortir de l'hôpital le lendemain. »

Lise, 18 ans, prestataire de la sécurité du revenu

Une fois dépistés, les jeunes suicidaires et les autres groupes de jeunes à risque élevé de suicide doivent être traités ou soutenus adéquatement. Or la recherche indique que le traitement des jeunes à risque de suicide comporte plusieurs difficultés. La diversité des facteurs de risque du suicide, la plus grande difficulté à diagnostiquer certains troubles psychiatriques chez les adolescents comparativement aux adultes et les limites des traitements médicaux ou psychosociaux actuels ne permettent pas toujours de garantir un taux élevé de succès. Certains chercheurs soutiennent qu'à l'instar de toutes les autres actions, les pratiques médicales ou thérapeutiques se sont avérées inefficaces pour réduire le taux de suicide aux États-Unis et partout ailleurs⁸⁶. Là où

⁸⁴ G.E. MURPHY (1995), *loc. cit.*

⁸⁵ K. SMITH et R.W. MARIS. « Suggested Recommendations for the Study of Suicide and Other Life-Threatening Behaviors », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 4, hiver 1995, p. 533-534.

⁸⁶ R.E. LITMAN, *loc. cit.* p. 134-142.

les taux de suicide ont baissé, d'autres explications ont été proposées, par exemple la détoxification du gaz domestique dans le cas de la Grande-Bretagne⁸⁷.

Les problèmes associés au traitement des suicidaires ou des jeunes atteints de trouble psychiatrique à risque de suicide sont de différents ordres. Premièrement, on constate une certaine ignorance en ce qui a trait à la psychopathologie des suicides et des mécanismes par lesquels la prévention pourrait agir. Par exemple, on sait que le traitement des jeunes maniaco-dépressifs à l'aide d'un médicament, le lithium, permet de réduire le risque de suicide de ces personnes. Cependant, on ignore toujours comment ce médicament agit exactement de façon pour diminuer le risque de suicide⁸⁸. Chaque patient suicidaire étant unique, ce qui est utile à l'un peut s'avérer nuisible à l'autre. Ainsi, certains auteurs soulignent que les médicaments antidépresseurs aident plusieurs personnes à se remettre de dépressions suicidaires, mais rendent un petit nombre de ces patients davantage suicidaires⁸⁹.

Une seconde difficulté associée au traitement des jeunes suicidaires tient à la faible assiduité de ces derniers aux traitements. Par exemple, certains auteurs⁹⁰ ont constaté que les conduites suicidaires d'adolescents hospitalisés pour un trouble psychiatrique étaient plus fréquentes chez les jeunes ayant été peu assidus aux traitements. Parmi les motifs invoqués pour expliquer cette faible assiduité aux traitements, on rapporte que, souvent, les adolescents suicidaires ne font pas confiance au thérapeute qu'ils associent à un parent critique et rejetant⁹¹. Ce constat soulève des questions quant au type d'approche utilisée par les professionnels visés auprès des jeunes suicidaires. Lorsque l'assiduité aux traitements est bonne, il semble qu'un traitement psychiatrique adéquat puisse diminuer le taux de récurrence chez les suicidaires atteints d'un trouble mental⁹².

⁸⁷ Rappelons qu'auparavant, la plupart des foyers britanniques utilisaient du gaz domestique plus toxique que celui utilisé aujourd'hui. L'intoxication au gaz constituait alors le principal mode de suicide dans ce pays. À partir du moment où le degré de toxicité du gaz domestique a été abaissé, les taux de suicide ont diminué sensiblement en Grande-Bretagne.

⁸⁸ R.E. LITMAN, *loc. cit.*

⁸⁹ M.H. TEICHER, C.A. GLOD et J.O. COLE. « Antidepressant Drugs and the Emergence of Suicidal Tendencies », *Drug Safety*, 8, 3, 1993, p. 186-212.

⁹⁰ C.A. KING, et coll., *loc. cit.*

⁹¹ B. GREENFIELD. « Alliance thérapeutique et intervention de crise auprès des adolescents suicidaires », *P.R.I.S.M.E.*, 5, 4, automne 1995, p. 424-433.

⁹² S. GREER et C. BAGLEY. « Effect of Psychiatric Intervention in Attempted Suicide : a Controlled Study », *British Medical Journal*, 1, 1971, p. 310-312.

Pour les jeunes atteints de troubles affectifs, certains auteurs soulignent l'importance d'une intervention agressive dès les premières manifestations du problème, afin d'éviter une escalade menant à des conduites suicidaires⁹³. Ces jeunes sont généralement désespérés, effrayés et découragés et tous les efforts doivent être consentis pour les engager dans un processus de traitement et leur redonner espoir. Il est également souligné que, lorsque ces jeunes sont aux prises avec une dépendance à l'alcool ou aux drogues, il est crucial de traiter ce dernier problème, sinon la probabilité de résorber le processus suicidaire est mince.

Sur le plan du traitement pharmacologique des jeunes suicidaires atteints d'un trouble mental, tels que les dépressifs et les maniaco-dépressifs, le choix des médicaments doit non seulement être effectué en fonction de leur efficacité mais aussi de leur sécurité, puisque beaucoup de suicidaires sous traitement pharmacologique se servent de leurs médicaments pour attenter à leurs jours. Les médecins prescrivent des quantités importantes de sédatifs, de tranquillisants et d'antidépresseurs à leurs patients, parfois sans vérifier l'état de santé mental de ces derniers. Ainsi, lors d'une étude sur les suicides et les accidents causés par une intoxication avec des médicaments sous ordonnance, tels que la codéine, on a rapporté que les médecins qui avaient prescrit ces médicaments ne possédaient que peu ou pas du tout d'information concernant l'état mental de leur patient⁹⁴. Il importe donc que les médecins soient formés pour prescrire des antidépresseurs sécuritaires.

La recherche montre que certains médicaments s'avèrent efficaces pour diminuer le risque de tentative de suicide, tandis que d'autres médicaments sont associés à une augmentation des gestes suicidaires. Par exemple, dans le traitement des adolescents et des jeunes adultes atteints de dépression, plusieurs études⁹⁵ montrent que les

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ R.E. LITMAN, *loc. cit.*

C.M. BEASLEY, et coll. « Fluoxetine and Suicidality : a Meta-Analysis of Controlled Trials of Treatment for Depression », *British Medical Journal*, 303, 1991, p. 685-692.

⁹⁵ S.A. MONTGOMERY, et coll. « The Provocation and Prevention of Suicide Attempts », *International Clinical Psychopharmacology*, 6 (suppl. 6), 1992, p. 28-34.

C.M. BEASLEY, et coll. « Fluoxetine and Suicidality : a Meta-Analysis of Controlled Trials of Treatment for Depression », *British Medical Journal*, 303, 1991, p. 685-692.

D.A. BRENT, et coll. (1994), *loc. cit.*

C.R. PFEFFER, et coll. « Suicidal Children Grown Up : Suicidal Episodes and Effects of Treatment During Follow-Up », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 1994, p. 226-230.

médicaments qui inhibent le recaptage de la sérotonine⁹⁶ sont efficaces et sécuritaires, contrairement aux antidépresseurs tricycliques, dont la sécurité paraît douteuse. Dans le cas des jeunes atteints de maniaque-dépression, le traitement au lithium a été associé à des taux plus faibles de suicide que ceux des jeunes traités autrement⁹⁷.

En ce qui a trait à l'à-propos d'hospitaliser les jeunes à la suite d'une tentative de suicide, actuellement, aucune étude ne permet de croire qu'en généralisant l'observation constante des suicidaires, cela sauverait plus de vies⁹⁸. Selon plusieurs chercheurs⁹⁹, il n'est pas démontré que l'hospitalisation constitue une intervention thérapeutique nécessaire, ou même utile, pour les patients hautement suicidaires. Certains auteurs soutiennent que de 10 % à 30 % des adolescents admis à l'hôpital en psychiatrie font une tentative de suicide une fois sortis de l'hôpital. Cela suggère l'échec de l'hospitalisation à réduire les difficultés psychiatriques et psychosociales qui persistent et rendent plusieurs adolescents susceptibles de se suicider¹⁰⁰. La chronicité des symptômes dépressifs apparaît importante dans la prédiction du comportement suicidaire chez ces adolescents. Il est possible que le séjour bref à l'unité psychiatrique des patients procure une stabilisation temporaire de leur état, mais n'empêche pas l'escalade des symptômes vers les comportements autodestructeurs. Par ailleurs, si une partie du problème de ces jeunes vient d'un contexte familial très difficile, l'hospitalisation ne peut avoir qu'un effet très limité. En ne réussissant pas à résoudre les difficultés ni à réduire la détresse des jeunes, l'hospitalisation peut accroître le désespoir parmi certains adolescents atteints d'un trouble psychiatrique.

O. RAO, et coll. « Childhood Depression and Risk of Suicide : A Preliminary Report of a Longitudinal Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1993, p. 21-27.

S. KAPUR et J.J. MANN. « Antidepressant Medications and the Relative Risk of Suicide Attempt and Suicide », *Journal of American Medical Association*, 268, 1992, p. 3441-3445.

A. LIPSCHITZ, *loc. cit.*

⁹⁶ La sérotonine est une substance présente dans le cerveau humain. Elle agit sur les mécanismes contrôlant l'humeur des personnes.

⁹⁷ A. COOPEN. « Depression as a Lethal Disease : Prevention Stratégies », *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 4 (suppl.), 1994, p. 37-45.

A. COOPEN, et coll. « Does Lithium Reduce the Mortality of Recurrent Mood Disorders ? », *Journal of Affective Disorders*, 23, 1991, p. 1-7.

⁹⁸ R.E. LITMAN, *loc. cit.*

⁹⁹ D.A. BRENT, et coll. (1988), *loc. cit.*

R.E. LITMAN, *loc. cit.*

¹⁰⁰ C.A. KING, et coll., *loc. cit.*

3.1.3 Le suivi psychosocial des jeunes qui ont attenté à leurs jours

Parmi les jeunes reçus dans les urgences hospitalières à la suite d'une tentative de suicide, un nombre substantiel demeure à risque élevé de récidiver et de se tuer dans les jours ou les semaines qui suivent. Certains chercheurs ont donc évalué les effets de différentes mesures visant à assurer un suivi psychosocial auprès de ces jeunes suicidaires après leur sortie de l'hôpital. Les résultats de ces études paraissent mitigés. Certains auteurs¹⁰¹ ont obtenu des diminutions sensibles du taux de récidive tandis que d'autres, non¹⁰². Dans les études où le suivi n'a pas permis de diminuer la récidive, des hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer l'absence d'effet tangible. Par exemple, certains chercheurs pointent du doigt le nombre trop faible de sujets, tandis que d'autres ont constaté que les jeunes faisant partie de leur groupe expérimental présentaient des cas plus lourds que ceux du groupe témoin.

Afin de tenter d'améliorer l'efficacité du soutien psychosocial offert aux jeunes suicidaires, des auteurs suggèrent de tenir davantage compte des caractéristiques propres à chacun, afin d'atténuer les facteurs de risque modifiables sur le plan, par exemple, de leurs problèmes interpersonnels, de leur environnement social ou de leur problème physique ou mental¹⁰³ contribuant fortement à leur détresse. Il s'agit en quelque sorte de briser le maillon le plus faible de la chaîne des facteurs responsables de la détresse psychologique et du comportement suicidaire.

D'autres chercheurs soutiennent que plusieurs jeunes commettant des actes d'automutilation ne sont pas atteints d'une maladie mentale, mais qu'ils sont plutôt devant des problèmes personnels ou relationnels; par conséquent, l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes constituerait une voie d'action prometteuse pour éviter les récidives chez ces jeunes.

¹⁰¹ J.A. MOTTO. « Suicide Prevention for High Risk Persons who Refuse Treatment », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 4, 1976, p. 223-230.

R.E. LITMAN. « Predicting and Preventing Hospital and Clinic Suicides », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 1, printemps 1991, p. 56-73.

¹⁰² A. HOUSE, D. OWENS et D. STORER. « Psycho-Social Intervention Following Attempted Suicide : Is There a Case for Better Services ? » *International Review of Psychiatry*, 4, 1992, p. 15-22.

R. ALLARD, M. MARSHALL et M.C. PLANTE. « Intensive Follow-Up Does not Decrease the Risk of Repeat Suicide Attempts », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 1992, p. 303-314.

J. WATERHOUSE et S. PLATT. « General Hospital Admission in the Management of Parasuicide, A Randomized Controlled Trial », *British Journal of Psychiatry*, 156, 1990, p. 236-242.

¹⁰³ R. ALLARD, M. MARSHALL ET M.C. PLANTE, *loc. cit.*

La recherche souligne également la difficulté élevée d'assurer un soutien social adéquat aux personnes suicidaires, ces dernières n'étant pas toujours coopératives¹⁰⁴. Les relations familiales des suicidaires sont parfois conflictuelles et les parents sont parfois absents ou épuisés¹⁰⁵. Il est suggéré que les professionnels de la santé mentale soient adéquatement formés à une approche psycho-éducative pour préparer les membres de la famille à anticiper, à reconnaître et à réagir adéquatement aux récurrences et aux exacerbations des troubles d'humeur et de la suicidalité¹⁰⁶. En planifiant la sortie de l'hôpital du jeune suicidaire, il importe, pour les auteurs, d'élaborer des stratégies concrètes pour réagir rapidement à une détérioration de l'état de ce dernier dans les jours et les semaines qui suivront son congé du centre hospitalier. En outre, le thérapeute en charge du suivi externe devrait rencontrer le patient et sa famille à l'hôpital et convenir d'une rencontre avec ces derniers dans les jours suivants la sortie de l'hôpital, de manière à favoriser une continuité dans les soins et les intervenants qui les prodiguent. Plusieurs jeunes suicidaires vivent de graves difficultés ou conflits familiaux comme en témoignent les hauts taux de placement hors-famille chez les jeunes qui récidivent dans leur geste suicidaire¹⁰⁷. Ce constat suggère l'à-propos d'associer la famille du jeune suicidaire au processus de traitement de ce dernier.

Certains auteurs soulignent que plusieurs ressources communautaires de soutien tels que les groupes d'entraide en santé mentale et les groupes d'aide aux toxicomanes demeurent encore méconnus des professionnels de la santé mentale et des personnes suicidaires. Les psychiatres, les médecins omnipraticiens et les psychologues recevant en consultation des jeunes en détresse, par exemple des jeunes déprimés vivant une rupture amoureuse ou une toxicomanie, pourraient adresser ces jeunes à des ressources d'aide communautaire spécialisées dans ce genre de problème et pouvant exercer un suivi serré de ces personnes.

3.2 À propos de la prévention du suicide en milieu scolaire

3.2.1 Les activités de sensibilisation s'adressant à tous les élèves

Au cours des quinze dernières années, l'attention accrue accordée au phénomène du suicide chez les adolescents a entraîné le développement d'activités de sensibilisation au suicide offertes en milieu scolaire et s'adressant à l'ensemble des élèves. Les principaux objectifs poursuivis par de telles activités sont d'informer et de sensibiliser

¹⁰⁴ J.P. LAVOIE, et coll., *op. cit.*

¹⁰⁵ M. BARRERA. « Distinctions Between Social Support Concepts, Measures and Models », *American Journal of Community Psychology*, 14, 4, 1986, p. 413-445.

¹⁰⁶ R.E. LITMAN, (1995), *loc. cit.*

¹⁰⁷ D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

les jeunes au phénomène du suicide, de former les participants à reconnaître leurs pairs suicidaires et les ressources d'aide disponibles. Il importe de distinguer ce type d'activités d'autres initiatives de sensibilisation ou de formation s'adressant plutôt au personnel scolaire et qui visent à favoriser le dépistage et la référence des jeunes suicidaires, ainsi qu'à préparer les intervenants scolaires à intervenir en cas de geste suicidaire d'un élève. Dans ce dernier cas, on parle de formation en « postvention ».

La plupart des activités scolaires de sensibilisation au suicide s'adressant aux élèves sont offertes au secondaire et parfois aux élèves de 5^e et 6^e année du primaire. On en retrouve également dans certains cégeps et universités. En général, la durée de ces activités varie entre 50 minutes et trois heures. Certaines activités comprennent également des stratégies de résolution de problème et de diminution du stress.

Le bilan des recherches disponibles indique que, de toutes les activités de prévention du suicide s'adressant aux jeunes, les activités scolaires de sensibilisation s'adressant à l'ensemble des élèves sont celles qui ont à la fois fait l'objet du plus grand nombre de recherches et qui ont suscité le plus de critiques. La quasi-totalité des études ayant évalué l'influence des projets d'information et de sensibilisation qui traitent spécifiquement du suicide et qui s'adressent à l'ensemble des élèves indiquent que de tels programmes entraînent généralement certaines améliorations des connaissances des jeunes à court terme, qu'ils permettent rarement de modifier les attitudes et qu'ils peuvent perturber un certain nombre de jeunes psychologiquement vulnérables, les garçons en particulier¹⁰⁸. Les effets positifs de ces activités étant minces et les

¹⁰⁸ J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD, *op. cit.*

D. SHAFFER, et coll. « The Impact of Curriculum-Based Suicide Prevention Programs for Teenagers », *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 30, 1991, p. 588-596.

P. MUEHRER, *loc. cit.*

J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD. « Prevention of Suicide », *Canadian Medical Association Journal*, 142, 11, 1990, p. 1223-1230.

D. LESTER. « State Initiatives in Addressing Youth Suicide : Evidence for their Effectiveness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 1992, p. 75-77.

V. VIELAND, et coll. « The Impact of Curriculum-Based Suicide Prevention Programs for Teenagers : An 18-Month Follow-up », *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 30, 5, septembre 1991, p. 811-815.

R.S. ADLER et M.S. JELLINEK. « After Teen Suicide : Issues for Pediatricians Who Are Asked to Consult to Schools », *Pediatrics*, 86, 1990, p. 982-987.

A. SPIRITO, et coll. « Evaluation of a Suicide Awareness Curriculum for High Schools Students », *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 27, 1988, p. 705-711.

perturbations qu'elles risquent de susciter chez certains élèves parmi les plus à risque de se suicider étant préoccupantes, plusieurs chercheurs ont décidé de ne pas recommander la diffusion d'activités non éprouvées dans les écoles.

Au Québec, certaines activités ou programmes de prévention du suicide en milieu scolaire ont fait l'objet d'une évaluation¹⁰⁹. Dans l'ensemble, ces études suggèrent certaines améliorations à court terme des connaissances et parfois de certaines attitudes chez les participants. Toutefois, l'une des principales limites de ces évaluations tient au fait qu'elles sont effectuées immédiatement après les activités de sensibilisation; on ignore donc si les quelques gains se maintiennent à moyen et à long terme. De plus, les habiletés sont évaluées uniquement par voie de questionnaire et ne reposent pas sur l'observation de comportements. Certains auteurs mentionnent que leur programme de sensibilisation n'a pas permis de rejoindre les jeunes à risque¹¹⁰, tandis que d'autres notent qu'il n'a pas permis de modifier de mauvaises attitudes ni d'inciter les élèves ayant des idées suicidaires à chercher de l'aide¹¹¹.

Dans leur guide officiel des ressources en prévention du suicide chez les adolescents, les Centers for Disease Control des États-Unis¹¹² (CDC) concluent que les programmes scolaires de sensibilisation au suicide permettent d'améliorer à court terme certaines connaissances des élèves sur le suicide et les ressources d'aide, mais qu'ils ont peu d'effet sur la modification des attitudes des jeunes. Les CDC mentionnent qu'il n'existe pas d'évidence scientifique claire à l'effet que de tels programmes augmenteraient les comportements suicidaires des jeunes qui y participent, mais précisent que les élèves à risque élevé de comportement suicidaire peuvent y réagir négativement. Pour cette raison, les CDC recommandent que les écoles offrant de telles activités mettent en place

D. SHAFFER, et coll. « Adolescent Suicide Attempters : Response to Suicide Prevention Programs », *Journal of American Medical Association*, 264, 1990, p. 3151-3155.

¹⁰⁹ J. BÉLANGER et G. SYLVAIN. *Évaluation de l'impact de la Semaine du mieux vivre : activité de prévention primaire du suicide en milieu scolaire*, Sherbrooke, Fondation JEVI, octobre 1991, 95 p.

T. DE LUCA et L. LEBLANC. *Rapport d'évaluation du programme de prévention du suicide et promotion de la santé mentale en milieu scolaire*, Hull, Projet Vis ta vie, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 1990, 29 p.

S. RAYMOND, et coll. *En parler c'est notre solution... Une évaluation d'un programme de prévention du suicide en milieu collégial*, Département de santé communautaire de la Cité de la santé de Laval, 1989, 82 p.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 7.

¹¹¹ S. DENONCOURT, et coll. *Évaluation d'un programme de prévention du suicide dans un milieu scolaire*, Centre de santé publique de Beauceville et Centre de prévention du suicide de Québec, 1994, p. 2.

¹¹² CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Youth Suicide Prevention Programs : A Resource Guide*, Atlanta, Department of Health and Human Services, 1992, p. 62-68.

le personnel et les services pour repérer et aider les élèves qui pourraient se sentir troublés par leur participation à ces programmes.

Compte tenu des taux élevés de troubles psychiatriques chez les jeunes qui décèdent par suicide, plusieurs auteurs¹¹³ américains déplorent le fait que, dans bien des programmes de prévention du suicide en vigueur aux États-Unis, les intervenants véhiculent le mythe à l'effet que les victimes de suicide ne sont pas atteintes de trouble mental. Selon ces mêmes auteurs, mise à part l'intention justifiable d'établir que la plupart des jeunes suicidaires ne sont pas carrément psychotiques, il s'agit clairement d'une déformation de la réalité. Il y a lieu de croire que la perception des intervenants vient en partie du fait que la majorité de la clientèle des services d'écoute sont des personnes suicidaires dont le degré de suicidabilité est relativement faible et qu'elles correspondent peu au profil des personnes qui décèdent de suicide.

Dans un article important paru en 1993 dans la revue officielle de l'Association des psychologues américains, des chercheurs ont souligné qu'en affirmant que le suicide n'est pas lié à la présence d'un trouble mental, même avec les meilleures intentions, les intervenants risquent en fait de banaliser le geste suicidaire en le décrivant comme une réponse courante à des problèmes tels que les conflits avec les parents ou avec les amis, la pression sociale ou l'anxiété. L'établissement d'un lien logique entre le fait de vivre des événements stressants et le fait d'en venir à poser un geste suicidaire peut être l'un des éléments retenus par les adolescents qui participent à de tels programmes, sans égard aux messages louables visant la recherche d'aide¹¹⁴.

Ces chercheurs soutiennent qu'il est d'une importance cruciale que les programmes de formation des intervenants en prévention du suicide mettent en relief le fort lien existant entre suicide et trouble mental. Dans cette optique, il apparaît très important de démystifier les maladies mentales auprès de tous les jeunes et de tous les adultes¹¹⁵. Sans égard au risque de suicide, les auteurs soulignent également l'importance de mieux dépister et de traiter les troubles mentaux chez les jeunes parce que ces problèmes peuvent entraver sérieusement leur développement physique, mental et social, ainsi que leur qualité de vie.

Un autre problème associé à certaines activités de sensibilisation se déroulant en milieu scolaire tient à l'utilisation de matériel écrit ou visuel dépeignant des histoires de cas d'adolescents qui se sont suicidés ou encore des jeunes qui déclarent songer au suicide

¹¹³ D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*, p. 175.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 175.

¹¹⁵ *Ibid.*

parce qu'ils connaissent des difficultés¹¹⁶. L'objectif d'une telle démarche est d'aider les élèves à dépister leurs pairs suicidaires. Cependant, cette méthode peut avoir un effet paradoxal puisque ceux qui se reconnaissent eux-mêmes comme ayant les problèmes dépeints dans les histoires de cas peuvent en venir à considérer le suicide comme une solution logique à leurs propres problèmes. Une étude¹¹⁷ indique d'ailleurs que les garçons semblent suivre une telle voie, contrairement aux filles.

Enfin, la plupart des auteurs soulignent qu'une des principales faiblesses des activités scolaires de sensibilisation au suicide s'adressant à tous les élèves tient au fait qu'elles rejoignent peu les groupes de jeunes les plus à risque de suicide. Les jeunes incarcérés, les fugueurs, les décrocheurs et les toxicomanes présentent particulièrement de hauts taux de suicide et sont peu présents dans les classes. Les élèves les plus assidus à l'école ne sont souvent pas les plus à risque.

► Des difficultés communes à tous les programmes de prévention

En fait, les programmes scolaires de prévention du suicide se heurtent sensiblement aux mêmes difficultés que les programmes de prévention touchant d'autres problèmes à caractère psychosocial, tels que la consommation abusive d'alcool ou de drogue et la délinquance, ou encore des problèmes liés aux habitudes de vie, tels que le tabagisme, la mauvaise alimentation et les MTS. Ainsi, les chercheurs ayant examiné les effets des programmes de prévention traitant de la délinquance¹¹⁸, de la violence envers autrui¹¹⁹, du trouble des conduites¹²⁰, de la consommation abusive d'alcool ou de

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 175.

¹¹⁷ J.A.P. GIBSON et L.M. RANGE. « Are Written Reports of Suicide and Seeking Help Contagious? High Schoolers' Perceptions », *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1991, p. 1517-1523.

¹¹⁸ M. LEBLANC. *La prévention de la délinquance chez les adolescents, une approche globale, intégrée et différentielle*, Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes dans le cadre du rapport Un Québec fou de ses enfants, [ministère de la Santé et des Services sociaux], 1992, p. 197-232.

¹¹⁹ C. GAGNON. *Violence envers autrui chez l'enfant et l'adolescent : définition, prévalence, facteurs de risque et prévention*, Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes..., [ministère de la Santé et des Services sociaux], 1992, p. 181.

A.J. REISS et J.A. ROTH, éd. *Understanding and Preventing Violence*, Washington, National Academy Press, 1993, p. 107.

¹²⁰ F. VITARO. *Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : définition, prévalence, facteurs de risque et prévention*, Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes..., [ministère de la Santé et des Services sociaux], 1992, p. 382-406.

drogues¹²¹, du suicide¹²² ou encore des abus sexuels¹²³ concluent qu'aucun programme axé spécifiquement sur la prévention d'un problème particulier n'a jusqu'ici démontré, de façon isolée et à long terme, une diminution des taux de problèmes chez les jeunes qui y ont été soumis. Les programmes de prévention primaire se soldent en général par de légères améliorations des connaissances des jeunes qui y participent, quelquefois par l'amélioration de certaines attitudes, mais rarement par des comportements observables.

De façon générale, on peut invoquer le peu de temps qui est consacré à ces programmes comme l'un des principaux éléments qui pourrait en expliquer la portée limitée. Cependant, certains programmes pour lesquels un investissement de temps important a été consacré n'ont pas nécessairement apporté de résultats plus probants¹²⁴. Pour mieux situer l'ampleur du défi à relever par les programmes scolaires de prévention primaire, il faut mentionner le fait que les programmes réguliers d'enseignement offerts aux jeunes à l'école, par exemple pour l'apprentissage de la langue maternelle, se traduisent par des améliorations importantes des connaissances, mais au prix de nombreuses heures d'intervention, année après année. Et il ne s'agit là que de l'acquisition de connaissances et non de comportements.

Les mécanismes d'apprentissage et de développement des comportements sont complexes et encore insuffisamment connus. Il est donc peu surprenant de constater des difficultés à définir des stratégies ou des moyens précis pour en modifier le cours sur le plan individuel. Certaines études¹²⁵ ont mis en relief le fait que certaines stratégies

¹²¹ F. VITARO, et coll. *Programme unimodal et multimodal de prévention de la consommation de psychotropes chez les jeunes*, Montréal, Groupe de recherche sur l'inadaptation psycho-sociale chez l'enfant, Équipe de recherche sur la prévention et le traitement des toxicomanies, Université de Montréal, 1994, 97 p.

¹²² CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*

¹²³ H.L. MACMILLAN, et coll. « Primary Prevention of Child Sexual Abuse : A Critical Review. Part II », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 5, 1994, p. 857-876.

¹²⁴ L.L. EGGERT, et coll. « Reducing Suicide Potential Among High-Risk Youth : Tests of a School-Based Prevention Program », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 2, été 1995, p. 276-296.

Dans cette étude, le programme intensif d'une durée de 10 mois visant la réduction du potentiel suicidaire chez des adolescents à risque élevé de décrochage scolaire n'a pas donné de résultats significativement supérieurs à ceux obtenus grâce à un programme de deux heures offert seulement en début d'année scolaire.

¹²⁵ D.A. BRENT et J.A. PERPER, *loc. cit.*

A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*

K. SMITH et R.W. MARIS, *loc. cit.*

donnent lieu à des effets différents, parfois même contraires, selon les caractéristiques des jeunes qui y sont soumis. Par exemple, des programmes axés seulement sur l'information et la sensibilisation aux dangers des drogues semblent s'être révélés contreproductifs auprès de certains groupes de jeunes¹²⁶. De même, les évaluations des programmes de sensibilisation des élèves au suicide semblent donner certains effets positifs chez les filles, des effets plutôt mitigés chez les garçons et à peu près aucun résultat chez les jeunes en difficulté, ceux-là même les plus à risque de suicide.

Par ailleurs, les programmes ou activités de prévention, quel qu'en soit le thème, comportent généralement peu de rappels dans le temps, ce qui fait que les gains positifs effectués à court terme risquent fort de s'atténuer avec les années. Autre difficulté, les activités ou enseignements visés sont généralement perçus en milieu scolaire comme des éléments de seconde importance dans la mission de l'école.

3.2.2 Les caractéristiques des programmes de prévention prometteurs

Le Secretary's of Health and Human Services Task Force on Youth Suicide¹²⁷ ainsi que les Centers for Disease Control¹²⁸ recommandent, plutôt que de faire l'objet d'ateliers ou d'activités hautement visibles sur le thème particulier du suicide, que la sensibilisation et l'information des élèves sur le suicide soient plutôt intégrées à l'intérieur d'un programme plus large de promotion de la santé et d'offre de soins de santé à l'école. Ce programme devrait être orienté vers la prévention d'autres comportements autodestructeurs comme l'abus d'alcool et de drogues et la violence interpersonnelle¹²⁹. Selon les chercheurs, il semble logique que des programmes visant l'amélioration de la santé physique et mentale aient une portée plus grande que les approches limitées à un problème particulier attribuable à des facteurs de risque multiples.

I. ORBACH et H. BAR-JOSEPH. « The Impact of Suicide Prevention Program for Adolescents on Suicidal Tendencies, Hopelessness, Ego Identity and Coping », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 2, 1993, p. 120-128.

F. VITARO, et coll., *op. cit.*

¹²⁶ L. BEAUCHESNE. *Les jeunes et la drogue : recension de la littérature et des données québécoises*, Sainte-Foy, Centre international de criminologie comparée de l'Université Laval, 1985, 164 p.

¹²⁷ SECRETARY'S TASK FORCE ON YOUTH SUICIDE. Report of the..., volume 3 : Prevention and Interventions in Youth Suicide, Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1989, 304 p.

¹²⁸ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *op. cit.*

¹²⁹ D. LESTER, *loc. cit.*

A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc.cit.*

La modification d'une trajectoire comportementale représentant un défi de taille, il appert que les stratégies et les moyens mis en oeuvre pour y arriver doivent être multiples et intégrés dans un tout cohérent. Par exemple, en milieu scolaire, la prévention doit dépasser la tenue de quelques activités épisodiques de sensibilisation et se manifester concrètement à travers la vie scolaire et dans les comportements de tous les intervenants scolaires, ainsi que dans les valeurs et les activités offertes par l'école.

Une autre caractéristique importante des programmes prometteurs tient au fait qu'ils sont répétés plus d'une fois auprès de la clientèle visée. Autrement dit, les activités s'échelonnent dans le temps et comportent généralement des rappels après une ou quelques années. Pour favoriser leur efficacité, les programmes de prévention doivent être instaurés le plus tôt possible dans le cheminement scolaire des jeunes, c'est-à-dire dès le primaire. La recherche montre que les programmes prometteurs comportent plusieurs activités offertes dans une formule non magistrale et plutôt interactive. Elles comportent souvent des jeux de rôle et des mises en situation concrètes. Les activités dépassent de beaucoup la seule sensibilisation à un problème donné et la diffusion de connaissances sur les dangers d'un comportement. Par ailleurs, la plupart des chercheurs soulignent que les activités de prévention doivent déborder le cadre strictement scolaire pour toucher la famille, puisque cette dernière influe fortement sur la qualité du développement psychosocial du jeune.

Dans le cadre d'une approche globale et intégrée de la promotion de la santé et de la prévention de divers problèmes psychosociaux, la plupart des auteurs préconisent d'accorder une grande importance au développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes. Parmi les compétences visées, certains auteurs¹³⁰ considèrent que le développement de la capacité de résolution de problèmes, de l'estime de soi et de l'esprit d'entraide chez les adolescents pourraient constituer des stratégies des plus efficaces pour prévenir les gestes suicidaires chez les jeunes. Par exemple, l'apprentissage des stratégies de résolution de problèmes peut faire acquérir aux jeunes des compétences nécessaires pour bien gérer les relations interpersonnelles conflictuelles et les facteurs de stress débouchant parfois sur des gestes violents ou suicidaires¹³¹. En fait, toute l'évidence épidémiologique disponible à ce jour permet de croire que les compétences précitées et le support social peuvent faire la différence en prévenant ou réduisant les problèmes de santé physique et mentale¹³².

¹³⁰ D.A. COLE, *loc. cit.*

¹³¹ K. PUSKAR, C. HOOVER et C. MIEWALD. « Suicidal and Nonsuicidal Coping Methods of Adolescents », *Perspectives in Psychiatric Care*, 28, 2, 1992, p. 15-20.

¹³² P.A. THOITS. « Stress, Coping, and Social Support Processes : Where Are We ? What Next ? », *Journal of Health and Social Behavior*, (suppl.), 1995, p. 53-79.

Une étude récente¹³³ ayant porté sur le développement de compétences sociales en milieu scolaire auprès d'un groupe d'adolescents à risque de décrochage scolaire a montré une réduction du potentiel suicidaire (degré de désespoir, de stress, sentiment de colère, d'irritabilité) et une amélioration des compétences sociales chez les trois groupes expérimentaux comparativement au groupe témoin, ainsi que le maintien de ces gains cinq mois après la fin du programme. Élément intéressant, ces effets positifs ont été observés autant chez les garçons que chez les filles. Selon les auteurs, cette étude illustre la faisabilité de cibler les groupes à haut risque dans les efforts de prévention du suicide en milieu scolaire et la possibilité d'obtenir des résultats positifs chez tous les participants, sans nécessité d'y investir beaucoup de temps et des ressources onéreuses.

Certains auteurs¹³⁴ sont d'avis que les jeunes démontrant de faibles habiletés de gestion des stress ou qui sont légèrement dépressifs, sans toutefois montrer des symptômes de comportement suicidaire, constituent des cibles de choix pour une intervention précoce. Un support social fort, le sentiment personnel d'être efficace, des compétences sociales bien développées peuvent permettre d'éviter l'apparition d'une foule de troubles physiques et mentaux lorsque des facteurs d'agression se manifestent.

Pour la plupart des auteurs, les éléments de prévention propres au suicide à être instaurés en milieu scolaire devraient comporter une formation globale de tous les membres du personnel. Cette formation devrait comprendre plusieurs volets, notamment le dépistage et la référence des jeunes suicidaires, ainsi que l'établissement d'un plan d'urgence pour l'intervention en cas de suicide d'un élève¹³⁵.

3.3 À propos des effets des centres de crise ou de prévention du suicide

« Un soir où j'étais « pas tout'là », j'ai pris, comme ça, toutes les pilules de ma mère. C'était des pilules pour sa pression et son diabète. Je suis devenu tout croche et j'étais incapable de marcher. La panique m'a pris, j'avais peur de crever. Je me suis souvenu du psychologue de l'école qui m'avait donné des numéros de téléphone en cas d'urgence. J'ai été capable de signaler le numéro du centre de prévention du suicide de ma région. J'avais de la misère à parler et je sentais ma mémoire « flancher ». Je ne sais plus ce que j'ai dit. Je me rappelle juste d'une chose. Ils m'ont dit reste là, on t'envoie une ambulance. Quelques minutes après, j'avais de l'aide. J'ai été à l'urgence et j'ai reçu un lavement... Une chance qu'ils sont venus... Le lendemain, une intervenante

¹³³ L.L. EGGERT, et coll, *loc. cit.*

¹³⁴ M.M. SILVERMAN et R.D. FELNER. « The Place of Suicide Prevention in the Spectrum of Intervention : Definitions of Critical Terms and Constructs », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, printemps 1995, p. 70-81.

¹³⁵ A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*, p. 176.

Conseil permanent de la jeunesse

du centre m'a téléphoné pour prendre de mes nouvelles. J'ai eu l'impression qu'on s'est vraiment occupé de moi au centre de prévention du suicide. »

Alexandre, 17 ans, étudiant en formation professionnelle
aux prises avec un problème de toxicomanie

« J'ai déjà eu recours au centre de prévention du suicide de ma région pour voir comment ça fonctionnait en cas d'urgence. Ça l'air pas pire, mais pour moi je trouve ça impersonnel et froid. J'aime mieux les organismes qui font de l'intervention en face à face. Je tiens à dire aussi que mon entourage m'apporte beaucoup de réconfort. »

Carl, 27 ans, prestataire de la sécurité du revenu

En réponse aux augmentations importantes des taux de suicide notées à partir du milieu des années 1960, plusieurs États américains et provinces canadiennes ont financé l'ouverture de centres de crise ou de prévention du suicide. Ces centres se sont multipliés d'abord aux États-Unis, au début des années 1970, et ensuite au Canada, quelques années plus tard. Les centres de prévention et leurs lignes d'écoute se sont beaucoup développés depuis. Certains chercheurs ont tenté de vérifier si de telles initiatives avaient influé sur l'évolution des taux de suicide des régions qui se sont pourvues de telles ressources.

De façon générale, les résultats des quelques études américaines disponibles suggèrent que la mise en place des centres de crise ou de prévention du suicide a peu affecté l'évolution des taux de suicide des communautés où ces services ont été instaurés. Dans certains cas, on a noté de faibles diminutions du taux global de suicide¹³⁶, dans d'autres cas, aucune diminution¹³⁷. En fait, l'absence d'impact apparent des centres de prévention du suicide sur l'évolution du phénomène n'est guère étonnant. Il est plausible qu'un constat semblable pourrait être fait dans le cas de centres de prévention de la toxicomanie, de la délinquance ou d'un autre problème psychosocial. Comment pourrait-on s'attendre à ce que seuls quelques organismes dotés de ressources limitées puissent à eux seuls contrer des problèmes aussi lourds et complexes, au point d'en renverser l'évolution ? En outre, du fait qu'un grand nombre de suicidaires ne contacte pas les centres de prévention, on peut difficilement s'attendre à ce que les taux globaux

¹³⁶ D. LESTER. « The Effectiveness of Suicide Prevention Centers », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 3, automne 1993, p. 263-267.

D. LESTER (1992), *loc. cit.*

¹³⁷ S.S. CANETTO et D. LESTER. « Gender and the Primary Prevention of Suicide Mortality », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 1, printemps 1995, p. 58-69.

H.L. MILLER, et coll. « An Analysis of the Effects of Suicide Prevention Facilities on Suicide Rates in the United-States », *American Journal of Public Health*, 74, 4, 1984, p. 340-343.

de suicide soient affectés d'une façon importante¹³⁸. Il apparaît plus réaliste d'évaluer si les centres de prévention ont un impact salubre auprès des clientèles qui utilisent leurs services. Par exemple, l'une des études les plus citées pour sa rigueur méthodologique, celle de Miller et collaborateurs, suggère que la mise en place de services de crise suicidaire ne permet pas d'affecter le taux global de suicide, mais peut diminuer le taux de suicide du groupe qui utilise le plus de tels services, en l'occurrence les jeunes femmes. Des études d'impact menées auprès des clientèles de ces centres seraient donc plus appropriées pour juger de leur efficacité.

Au sujet plus spécifiquement des services d'écoute téléphonique offerts par la plupart des centres de crise ou de prévention du suicide, il ressort également des études d'évaluation entreprises aux États-Unis que ce type de service a peu d'effets sur l'évolution des taux de suicide et de tentatives de suicide dans les communautés où ils sont instaurés¹³⁹. Encore une fois, malgré le grand nombre d'appels reçus par les centres de prévention du suicide, il semble qu'un grand nombre de suicidaires ne contactent pas ces ressources. L'une des limites importantes des lignes d'écoute axées sur la prévention du suicide tient au fait qu'elles rejoignent une clientèle surtout féminine à faible risque de suicide¹⁴⁰. Ce constat amène certains auteurs¹⁴¹ à proposer de trouver des moyens d'inciter davantage de garçons à utiliser un tel service. Une étude¹⁴² suggère également que le profil de ceux et celles qui contactent les lignes d'écoute des centres de prévention du suicide correspond davantage à celui de personnes qui font une tentative non fatale de suicide qu'à celui des individus qui se suicident. Un tel constat paraît tout de même fort intéressant puisqu'une proportion non négligeable de ces personnes sont à risque de récidiver. Certaines évidences permettent de croire que l'intervention téléphonique offerte par les centres de prévention du suicide permet à une proportion significative des personnes suicidaires de se sentir moins déprimées au terme de l'intervention et diminue le degré d'urgence suicidaire chez plusieurs d'entre elles¹⁴³.

Sans égard à leur impact important ou non sur l'incidence des gestes suicidaires, l'achalandage des lignes d'écoute ou de crise des centres de prévention du suicide prouve que ce type de service répond à un besoin réel chez des jeunes qui vivent des

¹³⁸ J.P. LAVOIE, et coll., *op. cit.*

¹³⁹ J.E. McNAMEE et D.R. OFFORD, *op. cit.*, p. 525.

¹⁴⁰ K.E. BOEHM et N.B. CAMPBELL. « Suicide : a Review of Calls to an Adolescent Peer Listening Phone Service », *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 1, automne 1995, p. 61-66.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² G.E. MURPHY (1995), *loc. cit.*

¹⁴³ B.L. MISHARA et M. DAIGLE. « L'efficacité des interventions téléphoniques dans les centres de prévention du suicide », *Santé mentale au Canada*, 40, 1992, p. 26-32.

difficultés qui les amènent à des idéations ou à des projets suicidaires. D'autres lignes téléphoniques destinées aux jeunes reçoivent relativement peu d'appels concernant le suicide, par exemple 6 % dans le cas de Tel-Jeunes¹⁴⁴. Selon certains auteurs¹⁴⁵, il importe que les services d'écoute téléphonique soient associés à des services d'appui en santé mentale pouvant accueillir les suicidaires qui appellent et dont l'état nécessite un traitement ou une aide plus soutenue.

3.4 À propos de la réduction de l'accès aux principaux instruments utilisés dans les cas de suicide

Les gestes suicidaires étant posés fréquemment dans un moment de crise, plusieurs préventionnistes croient que l'accès facile et rapide à un instrument ou à un site dangereux peut favoriser la mort des personnes en crise suicidaire. Ainsi, à l'inverse, un accès difficile à un instrument mortel de suicide peut entraîner un délai suffisant pour que s'atténue la crise suicidaire, de façon à ce que la victime abandonne son projet, ou encore qu'elle se tourne vers un moyen moins capable d'entraîner la mort, lui donnant ainsi une chance de s'en sortir. À titre d'exemple, la diminution de la toxicité du gaz domestique en Angleterre a été associée à une réduction sensible des taux de suicide dans ce pays, où il s'agissait du moyen le plus courant de mettre fin à ses jours¹⁴⁶. En Amérique du Nord, la plupart des auteurs recommandent que des efforts soient faits pour que les armes à feu soient enlevées des résidences des alcooliques et autres toxicomanes ainsi que des jeunes déprimés, agressifs ou impulsifs.

Aux États-Unis, plus des deux tiers des suicides chez les adolescents sont commis avec des armes à feu, surtout des armes de poing, tels que les revolvers et les pistolets. Ce constat a amené plusieurs spécialistes de la prévention de la criminalité et du suicide à réclamer une réglementation plus sévère concernant l'achat, la vente, l'échange et le rangement des armes à feu¹⁴⁷. Plusieurs études¹⁴⁸ suggèrent que l'adoption de lois plus strictes sur l'acquisition des armes à feu permet d'abaisser non seulement le nombre de suicides commis avec de tels instruments, mais également le nombre de crimes. Comme il a été mentionné dans le premier chapitre, au Québec, les armes à feu

¹⁴⁴ Communication personnelle de madame Céline Muloin, de Tel-Jeunes.

¹⁴⁵ A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*

¹⁴⁶ J.H. BROWN. « Suicide in Britain », *Archives of General Psychiatry*, 36, 1979, p. 1119-1124.

¹⁴⁷ A. GARLAND et E. ZIGLER, *loc. cit.*, p. 178.

¹⁴⁸ J.H. SLOAN, et coll. « Firearm Regulations and Rates of Suicide », *New England Journal of Medicine*, 322, 6, 1990, p. 369-373.

C. LOFTIN, et coll. « Effects of Restrictive Licensing of Handguns on Homicide and Suicide in the District of Columbia », *New England Journal of Medicine*, 325, 1991, p. 1615-1649.

demeurent associées à un peu plus du quart (27 %) des suicides complétés chez les garçons de 15 à 19 ans. Depuis l'adoption en 1977 de la loi fédérale réglementant l'acquisition d'armes à feu au Canada, on a noté des baisses substantielles dans les proportions de crimes et de suicides commis à l'aide de tels moyens.

Depuis plusieurs années déjà, le principal mode de suicide chez les jeunes hommes et les jeunes femmes au Québec est la pendaison. À notre connaissance, aucune étude ayant évalué l'efficacité de mesures destinées à prévenir les décès par pendaison n'a été publiée. Il s'agit là d'une lacune importante.

Du côté des médicaments, il existe peu d'études ayant évalué l'efficacité de stratégies visant à réduire l'accès aux médicaments dangereux ou le degré de toxicité des médicaments en cas d'ingestion massive. Une étude a montré qu'une modification des règlements visant à rendre plus difficile l'accès aux médicaments les plus dangereux n'a pas eu d'incidence sur la fréquence des suicides¹⁴⁹. D'autres stratégies demeurent à explorer, par exemple, au chapitre des modalités de prescription et d'entreposage des médicaments. Encore ici, il s'agit de pistes de recherche fort pertinentes, puisque les médicaments demeurent associés à un nombre important de tentatives de suicide et de suicides complétés.

3.5 À propos du traitement médiatique des cas de suicides chez les jeunes

Il est reconnu que les médias exercent une influence sur les perceptions, les attitudes et, dans certains cas, sur les comportements de la population. Il y a une vingtaine d'années, certains observateurs ont remarqué que des cas de suicide ayant fait l'objet d'une couverture médiatique importante étaient suivis, dans les jours et les semaines subséquentes, d'une augmentation significative du nombre de suicides présentant le même scénario et le même moyen ou endroit utilisé par les victimes. Des recherches¹⁵⁰

¹⁴⁹ O. EKEBERG, et coll. « Effect of Regulatory Withdrawal of Drugs and Prescription Recommendations on the Pattern of Self Poisonings in Oslo », *Acta Medica Scandinavica*, 221, 1987, p. 483-487.

¹⁵⁰ M.S. GOULD et L. DAVIDSON. « Suicide Contagion Among Adolescents », *Advances in Adolescent Mental Health*, 3, Greenwich, A.R. Stillman et R.A. Feldman, 1988, p. 29-59.

D.P. PHILLIPS et L.L. CASPERSEN, « Clustering of Teenage Suicides after Television News Stories about Suicide », *New England Journal of Medicine*, 315, 1986, p. 685-689.

J.M. WASSERMAN. « Imitation and Suicide », *American Sociological Review*, 49, 1984, p. 427-436.

B. PEEL et D. WALTERS. « La presse et les cas de suicide », *Santé mentale au Canada*, 30, 4, 1982, p. 10-11.

D.P. PHILIPS. « Suicide, Motor Vehicle Fatalities and the Mass Media : Evidence Toward a Theory of Suggestion », *American Journal of Sociology*, 84, 5, 1979, p. 1150-1174.

ont donc été menées afin de vérifier si le traitement médiatique des cas de suicide pouvait inciter d'autres personnes à s'enlever la vie. La plupart de ces études ont démontré qu'effectivement, la médiatisation d'un suicide réel ou fictif, par exemple, aux nouvelles télévisées ou dans un film, peut entraîner un certain nombre de personnes à risque à imiter le geste suicidaire qu'elles ont vu à la télé ou dont elles ont pris connaissance par la radio ou les journaux. On parle dans ces cas de suicide par mimétisme ou par « effet de contagion ».

Il semble que les suicides par imitation touchent particulièrement les jeunes de moins de 20 ans et sont associés au nombre de fois que la nouvelle a été présentée au public¹⁵¹. La recherche disponible ne permet pas de déterminer si un type de média est plus en cause qu'un autre, mais il est plausible que les cas présentés de façon sensationnelle à la télé risquent davantage de toucher les jeunes vulnérables qu'une simple mention dans les faits divers d'un journal. *Selon les auteurs cités, il importe que les médias exploitent le moins possible le sensationnalisme de ce genre de tragédie et présentent l'information de la façon la plus discrète possible.* De plus, ces éléments soulèvent des questions quant à l'à-propos de présenter à un auditoire d'enfants ou d'adolescents des témoignages ou des interviews de jeunes ayant attenté à leurs jours.

En conclusion

Le dépistage et le traitement efficace et sécuritaire de la dépression à l'aide d'une formation adéquate des médecins omnipraticiens constitue l'un des rares moyens qui semblent efficaces d'après le bilan des études que le Conseil vient de faire. Les maladies mentales, facteurs de risque majeurs non pas des tentatives, mais des suicides complétés chez les jeunes demeurent non seulement trop méconnues des professionnels de la santé et des intervenants oeuvrant auprès des jeunes, mais elles font encore l'objet de beaucoup de préjugés, ce qui nuit considérablement à l'instauration rapide d'actions efficaces pour en contrer les effets au regard des conduites suicidaires. Il importe de démystifier les maladies mentales chez les jeunes et de mieux dépister ceux et celles qui en souffrent, afin d'être en mesure de leur apporter une aide adéquate avant que leur état ne se détériore au point d'entraîner leur suicide. Les moyens de traitement des jeunes suicidaires ou, d'une façon plus large, des jeunes aux prises avec un problème de santé mentale doivent être améliorés afin d'en hausser l'efficacité et la sécurité, qu'il s'agisse des médicaments, de counselling psychologique ou psychiatrique ou de support psycho-social. La recherche doit permettre de mieux connaître quels types d'intervention thérapeutique conviennent le mieux aux divers types de jeunes suicidaires.

¹⁵¹ J.M. WASSERMAN, *loc. cit.*

Les activités de sensibilisation et d'information offertes jusqu'à présent en milieu scolaire semblent avoir une portée très limitée. Ce constat n'est guère surprenant compte tenu du peu de temps consacré à ces activités et à l'absence de rappels dans les années subséquentes. Les activités actuelles ne permettent que d'améliorer à court terme certaines connaissances des jeunes et paraissent demeurer impuissantes à influencer sur les attitudes et les comportements. Les programmes habituels de sensibilisation semblent particulièrement inefficaces dans le cas des jeunes suicidaires ou vivant des difficultés psycho-sociales. Pour l'ensemble des jeunes présents en milieu scolaire, il semble plus prometteur de se tourner vers des activités de renforcement de compétences personnelles et sociales, de promotion de l'aide entre pairs et de connaissance des ressources d'aide. La formation du personnel scolaire visant le dépistage et la référence des jeunes suicidaires ainsi que l'intervention en cas d'urgence sont également recommandables. La prévention en propre du suicide à l'école et ailleurs doit viser davantage les groupes de jeunes ayant de graves difficultés, à l'aide d'approches bien adaptées à ceux-ci.



Les statistiques froides et austères ne révèlent rien de toute la douleur qui se cache derrière chacun de ces gestes de désespoir, ni des effets dévastateurs que le suicide entraîne dans l'entourage de la victime.

S.O.S. Jeunes en détresse!
Conseil permanent de la jeunesse

MOINS UN

J'me demande bien ce qu'il pense de nous
De nous voir verser des larmes
Pour des questions ou des raisons
Qui semblent pour nous inexplicables
Dans l'fond d'lui-même ça doit crier
De tous nous avoir chavirés
Depuis la nuit où y'est parti
Pour se libérer de ses ennuis

La seule chose que j'espère
C'est que tu sois bien là-bas
Nous autres ici on l'accepte pas
Mais on vit avec...

Tu nous le disais que tu voulais partir en voyage
Te débarrasser de tous tes problèmes, de l'orage
Nous autres on prenait pas trop tes dires au sérieux
On pensait pas que tu serais capable de nous faire ça

Moi de mon bord tout allait bien
J'me doutais pas que t'allais mettre un frein à ça
J'ai pas pu voir tous tes tracas
Maintenant t'es rendu mon ange gardien.

La seule chose que j'espère
C'est que tu sois bien là-bas
Nous autres ici on l'accepte pas
Mais on vit avec...

J'le souhaitais pas de faire une chanson là-dessus
De dire au monde ce que l'on a perdu
Tout le passé devient soudainement des souvenirs
Qu'on oubliera pas, inquiète-toi pas là-bas

La seule chose que j'espère
C'est que tu sois bien là-bas
Nous autres ici on l'accepte pas
Mais on vit avec...
...avec quelqu'un de moins.

Simon Poirier, 18 ans
Auteur-compositeur-interprète
Pour son ami qui s'est suicidé

Chapitre 4

Les recommandations du Conseil pour réduire le suicide chez les jeunes

À la lumière du portrait statistique du phénomène, du bilan de la recherche scientifique sur la question ainsi que du point de vue des divers intervenants oeuvrant à la prévention du suicide auprès des jeunes, le Conseil présente dans les pages qui suivent les principaux éléments de sa réflexion ainsi que ses recommandations. Le suicide étant un problème complexe lié à de multiples facteurs de risque, le Conseil permanent de la jeunesse propose de l'attaquer sur plusieurs fronts, en mettant à contribution tous les acteurs politiques et sociaux concernés directement ou indirectement.

Le Conseil s'adresse d'abord à la société québécoise pour l'éveiller à certaines tendances et à certains choix socio-économiques contribuant à accroître les difficultés et le désespoir d'une partie croissante de la jeunesse. Ensuite, le Conseil interpelle plus particulièrement le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec afin qu'il s'engage, au nom du gouvernement, à mettre en avant des actions énergiques en matière de prévention du suicide chez les jeunes. À cet effet, le Conseil présente ses recommandations dans l'espoir qu'elles guideront l'action gouvernementale. Le Conseil convie également tous les partenaires des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du secteur communautaire, à participer, chacun dans la mesure de ses moyens, aux efforts visant à accentuer le dépistage, la référence et le soutien adéquats aux jeunes en détresse.

4.1 Premièrement, la prévention du suicide passe par l'amélioration des conditions de vie des jeunes dans notre société

Ne serait-il pas temps de tirer enfin les conséquences du progrès en organisant une société où les droits de tous seraient égalisés ? Nous assistons tout au contraire à une exacerbation de la compétition, de la sélection, de l'élimination du plus grand nombre au profit de quelques-uns; tandis que les déclarations sur les droits de l'homme sont plus nombreuses que jamais.

Albert Jacquart¹⁵²

Les taux records de suicide enregistrés actuellement chez les jeunes Québécois de sexe masculin, le rajeunissement du phénomène ainsi que la hausse récente des hospitalisations de jeunes pour tentative de suicide constituent autant d'indices d'une situation dramatique et inacceptable socialement aux yeux du Conseil. Nos décideurs politiques et économiques aiment souvent comparer le Québec à d'autres sociétés pour justifier

¹⁵² Albert JACQUART, *Au péril de la science...*, (1982), *op. cit.*, p. 187.

certaines décisions ou orientations. Eh bien! Le Conseil croit qu'il est temps que ces mêmes dirigeants réalisent que le Québec détient actuellement le championnat occidental pour le taux de jeunes désespérés et qu'ils reconnaissent l'urgence de réagir. Le Conseil lance à quiconque le défi de trouver une autre société où le suicide constitue la première cause de mortalité des jeunes. En fait, les taux de suicide chez les jeunes hommes du Québec sont si élevés que, s'ils plafonnaient au cours des prochaines années, on ne pourrait certes pas interpréter cette information comme une amélioration de la situation, mais plutôt comme le fait que, l'hécatombe ayant atteint un sommet, les taux de suicide peuvent difficilement grimper plus haut.

Le Conseil rappelle également que le taux de suicide élevé des jeunes Québécois a des impacts qui dépassent largement le nombre de victimes. Non seulement un tel drame affecte-t-il toute notre société en la frappant durement dans ses forces vives, mais il touche également une foule d'individus vivant dans l'entourage des victimes, tels que les parents, les grands-parents, les frères et les soeurs, les amis, les camarades de classe et les enseignants. Ces traumatismes n'apparaissent pas dans les statistiques, mais sont bel et bien vécus par un grand nombre de personnes et provoquent même un effet d'entraînement chez certaines d'entre elles.

Aux yeux du Conseil, les taux records de suicide constituent un symptôme que quelque chose ne tourne pas rond dans notre société. D'ailleurs, la plupart des chercheurs s'entendent sur le fait que le suicide traduit la présence de failles majeures dans certains aspects du fonctionnement d'une société¹⁵³. De toute évidence, les jeunes qui se suicident ou qui tentent de se suicider ne vont pas bien. Les jeunes suicidaires souffrent. Pour plusieurs, la souffrance est devenue à un tel point insupportable et paraît tellement sans issue que la mort leur apparaît comme étant la seule porte de sortie. Pour d'autres jeunes désespérés, faire une tentative de suicide apparaît comme la seule solution capable de faire réagir leur entourage, de façon à ce que quelqu'un prenne enfin conscience de toute la détresse qu'ils vivent et leur tende la main. Malheureusement, trop de fois ces appels de détresse resteront sans réponse, et le geste fatal sera posé.

La détresse et le désespoir des jeunes suicidaires sont alimentés ou par un trouble mental ou par des problèmes d'adaptation sociale et, souvent, par les deux types de problèmes. Or, nous savons que ces problèmes découlent notamment de conditions de vie difficiles, telles que la pauvreté et l'isolement, la négligence ou les abus parentaux, d'événements stressants comme la perte d'un être cher ou une rupture affective.

La flambée des taux de suicide chez les jeunes suggère une aggravation des difficultés ou des problèmes psychosociaux qui affectent les jeunes du Québec et une détérioration de leur santé mentale. Or, ces difficultés accrues viennent bien de quelque part. Tout

¹⁵³ M. TOUSIGNANT. « Le suicide et les comportements suicidaires » dans INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RECHERCHE SUR LA CULTURE. *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC, 1994, p. 765-776.

comme le suicide, elles ne frappent pas les jeunes, ni au hasard, ni du jour au lendemain. Ceci soulève donc un questionnement important au regard des difficultés familiales, sociales et économiques auxquelles sont confrontés actuellement un grand nombre de jeunes dans notre société et au regard des décisions politiques et économiques qui influent, directement ou indirectement, sur ces conditions de vie.

Il est possible de pointer du doigt certains changements dans les valeurs de notre société et le contexte socio-économique comme étant des facteurs qui contribuent à la hausse de la détresse psychologique et du nombre de comportements suicidaires chez les jeunes. Aujourd'hui plus que jamais, l'argent, la consommation, l'individualisme, la richesse en biens matériels, la compétition, l'économie et la productivité sont largement présents dans les discours des politiciens, des gens d'affaires, dans les médias et à l'école. Le désengagement des gouvernements, notamment les restrictions budgétaires imposées aux écoles dans les services aux élèves en difficulté, la disparition de milliers d'emplois due aux rationalisations, à l'informatisation et à la robotisation instaurées dans les entreprises au nom de la productivité et du profit, la fermeture du marché du travail aux jeunes, surtout à ceux qui sont peu scolarisés, la hausse des exigences scolaires et la compétition entre élèves entraînent dans leur sillage découragement, exclusion et désespoir pour beaucoup d'adolescents et de jeunes adultes. Cette vision sombre est partagée par nombre d'intervenants en prévention du suicide rencontrés sur le terrain par le Conseil.

Il est grand temps que nos décideurs politiques, économiques et scolaires prennent conscience de ces effets pervers et fassent en sorte que leurs décisions tiennent davantage compte de la situation et de la capacité d'adaptation des plus faibles. À défaut, une frange grandissante de la jeunesse risque de craquer et d'aller gonfler les rangs des exclus, des désespérés et des suicidaires, ont dit au Conseil ces intervenants.

D'ailleurs, un grand nombre de suicidaires et de suicidés proviennent des familles en difficulté, celles-là même qui sont les plus touchées par les chambardements sociaux et économiques actuels. Les jeunes désespérés, ce sont des jeunes qui fuient leurs graves problèmes dans l'abus d'alcool ou de drogues, qui sont atteints par la maladie mentale, qui sont ou ont été placés en centre d'accueil ou de détention, ou qui ont été négligés ou agressés, ceux-là même qui pourrissent trop souvent sur les listes d'attente des services sociaux. Tous ces jeunes qui n'ont même pas l'énergie pour descendre dans la rue crier leur rage et leur détresse.

Le progrès et l'avenir de notre société passent-ils nécessairement par le sacrifice de ses membres les plus vulnérables ? Pour favoriser la croissance économique et assainir les finances publiques est-il nécessaire de rendre malade toute une frange de la population ?

Ces considérations amènent le Conseil à adresser une recommandation globale au gouvernement du Québec et à tous les décideurs et acteurs de notre société. Même si elle apparaît large, le Conseil la juge néanmoins importante puisque le suicide s'abreuve lui-

même à de multiples sources de difficultés dans notre société. Pour le Conseil, une telle recommandation s'impose avant d'aborder les stratégies et les mesures propres au problème.

Recommandation

Considérant l'urgence d'agir, le Conseil recommande aux députés du gouvernement du Québec et aux décideurs de tous les milieux de faire en sorte, chacun dans leur domaine et dans leur région, que les jeunes, et particulièrement les plus vulnérables, soient au coeur de leurs préoccupations et de leurs décisions. Le Conseil leur demande de soutenir davantage les jeunes et leurs familles et de garantir aux plus éprouvés des services d'aide et de soutien adéquats.

4.2 Deuxièmement, la prévention du suicide doit faire l'objet d'un plan d'action gouvernemental énergique

La consultation menée par le Conseil auprès d'intervenants oeuvrant à la prévention du suicide sur le terrain a révélé, entre autres, que la plupart d'entre eux sont prêts à continuer d'investir leur temps, leur énergie et leur enthousiasme dans ces activités, à condition que le gouvernement du Québec leur adresse d'autres messages que celui des coupures budgétaires. Les intervenants souhaitent un signe concret du gouvernement, l'expression d'une volonté politique ferme de prévenir davantage le suicide chez les jeunes. Ils veulent que le Québec se départisse de son triste record de gestes désespérés de ses jeunes.

Le Conseil croit important que cette volonté politique se manifeste, d'abord, par l'affirmation du leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux; ensuite, par une ouverture de la part des divers partenaires, de la santé, de l'éducation et du communautaire, à se concerter davantage, autant à l'échelle locale, régionale que provinciale, de façon à recentrer certaines de leurs activités en fonction de nouvelles cibles d'action. Cette préoccupation rejoint d'ailleurs celle exprimée par le Comité de la santé mentale du Québec¹⁵⁴, il y a déjà quatorze ans, mais qui n'a malheureusement pas reçu d'écho concret du gouvernement jusqu'à présent.

Il est malheureux de constater qu'au cours des vingt dernières années, l'État s'est contenté de subventionner quelques organismes communautaires voués à la prévention du suicide, sans jamais aller de l'avant avec une politique ou un plan d'action en la matière. Les centres de prévention du suicide font bien tout ce qu'ils peuvent avec les

¹⁵⁴ COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Avis sur la prévention du suicide*, Québec, ministère des Affaires sociales, 1983, p. 83.

faibles ressources dont ils disposent, mais on ne peut exiger qu'ils contrent, à eux seuls, un problème d'une telle ampleur.

Si on veut espérer diminuer le nombre de suicides chez les jeunes, il est impératif d'associer de multiples partenaires à cette mission. Au premier rang, on trouve l'État. Il est grand temps que ce dernier agisse, ne serait-ce qu'en vertu de ses responsabilités en matière de santé publique.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de déposer dans les plus brefs délais un plan d'action visant l'atteinte des objectifs de réduction des suicides et des tentatives de suicide qu'il a lui-même fixés dans sa Politique de la santé et du bien-être.

L'objectif fixé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être¹⁵⁵ prévoit une baisse de 15 % du nombre de suicides et de tentatives de suicide entre 1992 et 2002. Compte tenu de l'augmentation prévue de la population québécoise durant la période visée, l'atteinte de tels objectifs suppose une baisse de 22 % du taux de suicide et une diminution de 45 % du taux de tentatives de suicide d'ici l'an 2002. Aux yeux du Conseil, l'atteinte de tels objectifs demeure possible, à condition toutefois que le gouvernement et ses partenaires des réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux et du communautaire y consacrent tous les efforts nécessaires.

► Des cibles prioritaires

À l'heure actuelle, une bonne partie des actions de prévention du suicide s'adressent indistinctement à tous les jeunes. Pourtant, la recherche montre clairement qu'un grand nombre de jeunes suicidaires, et de suicidés, pourraient être mieux ciblés. Globalement, il s'agit de jeunes qui cumulent des troubles mentaux ou des difficultés d'adaptation sociale graves. Sont concernés tout particulièrement les jeunes :

- atteints d'un trouble mental, tel que la dépression, le trouble des conduites ou la dépendance à l'alcool ou aux drogues;
- ayant récemment fait une tentative de suicide;

¹⁵⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, p. 112.

Conseil permanent de la jeunesse

- présentant des antécédents familiaux de suicide ou de maladie mentale;
- ayant vécu des difficultés familiales importantes (instabilité, abus, négligence), en particulier ceux ayant fait ou faisant l'objet d'un placement en famille d'accueil, en centre de réadaptation pour délinquants ou en centre de détention.

Les données de la recherche montrent que seule une minorité de ces jeunes à risque vont d'eux-mêmes chercher de l'aide. À haut risque de suicide, ils demeurent, ni dépistés, ni référés à des ressources d'aide, ni traités adéquatement en fonction des problèmes importants qu'ils éprouvent.

Le dépistage, le traitement et le soutien adéquats de ces jeunes représentent des moyens privilégiés de concentrer les faibles ressources de prévention auprès de ceux et celles qui risquent le plus de poser un geste désespéré. Par conséquent, il paraît clair que tout plan d'action visant la réduction du nombre de tentatives de suicide et du nombre de suicides doit prévoir en priorité des mesures destinées à ces activités et à ces clientèles de jeunes.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux que ce plan d'action sur la prévention du suicide vise prioritairement le dépistage, la référence et le soutien des jeunes les plus à risque de suicide.

Par ailleurs, la recherche et l'intervention montrent clairement que les moyens traditionnels de prévention du suicide, tels les lignes téléphoniques d'écoute et les activités de sensibilisation à l'école, ont un certain succès auprès des jeunes femmes, mais rejoignent très peu les jeunes hommes. Il s'agit là d'un problème majeur, puisque plus de 80 % des jeunes victimes de suicide au Québec sont des jeunes hommes. La réduction du nombre de suicides doit donc nécessairement passer par la recherche et l'instauration d'approches nouvelles permettant de joindre davantage la gent masculine. Beaucoup d'intervenants rencontrés par le Conseil se sont dits convaincus qu'un plus grand nombre de suicides sera évité lorsqu'on aura trouvé des moyens originaux et efficaces pour mieux rejoindre les jeunes hommes et susciter leur ouverture et leur participation active aux activités de prévention.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux et à tous les intervenants préoccupés par la prévention du suicide de travailler à créer des approches, des formules d'intervention ou des outils nouveaux de prévention, mieux adaptés aux jeunes hommes, à leurs modes d'expression et aux lieux qu'ils fréquentent (par exemple, les centres sportifs).

4.3 Troisièmement, la prévention du suicide exige une plus grande collaboration et une meilleure concertation des partenaires sur le terrain

La collaboration et la concertation des ressources pour une meilleure référence et un meilleur suivi des personnes à risque de suicide constituent l'une des pierres angulaires d'une meilleure prévention du suicide. Il existe bien un certain nombre de collaborations, par exemple, entre des centres de prévention du suicide et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Mais, trop souvent, au dire des divers intervenants sur le terrain, les contacts demeurent très limités et la collaboration peu soutenue. Par exemple, les médecins, les intervenants des CLSC et des organismes communautaires voient souvent les mêmes jeunes en difficulté, sans se consulter ni se référer les cas pour assurer un meilleur traitement ou un meilleur suivi. Une collaboration plus ouverte et une plus grande concertation des professionnels de ces milieux est réalisable et hautement souhaitable, si on veut rendre plus efficaces les efforts de prévention du suicide.

Certaines collaborations doivent être priorisées, telles que la référence entre les ressources médicales et hospitalières et les organismes locaux d'aide et de soutien, par exemple, les CLSC et les centres de prévention du suicide. Parmi les exemples à suivre, mentionnons le protocole d'entente signé entre le Centre de prévention du suicide du Saguenay-Lac-Saint-Jean et l'hôpital de La Baie des Ha! Ha! Cette entente porte, notamment, sur la formation du personnel paramédical en matière d'urgence suicidaire et sur le suivi téléphonique, par le centre de prévention du suicide, de certains patients à leur sortie de l'hôpital.

Dans chaque région du Québec, les travailleurs des centres de prévention du suicide, les médecins omnipraticiens, les psychiatres, les responsables et les travailleurs des CLSC, des centres jeunesse et du milieu scolaire doivent se parler, se concerter afin d'assumer une part des responsabilités liées à une prévention efficace du suicide. Tous doivent faire preuve d'ouverture et respecter les compétences des autres, si on veut que s'établisse une véritable concertation. L'information sur l'aide disponible en matière de prévention du suicide doit circuler entre les réseaux en question et la formation des uns doit pouvoir enrichir l'approche des autres. C'est un défi puisque la prévention du suicide devra transcender les réseaux administratifs et la spécialisation professionnelle des intervenants.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux et à ses régies régionales de promouvoir des protocoles d'entente et de collaboration entre les ressources médicales ou hospitalières (omnipraticiens en CLSC et en clinique privée, urgences, unités psychiatriques) et les autres ressources du réseau de la santé et de services sociaux (CLSC, centres jeunesse, etc.) ainsi qu'avec les ressources communautaires concernées par la prévention du suicide. À cet effet, le Conseil suggère aux régies régionales de la santé de mettre la prévention du suicide à l'ordre du jour des tables de concertation locales.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales pourraient bonifier les enveloppes budgétaires consacrées aux projets de prévention ou aux activités d'information, de formation ou d'échanges regroupant des partenaires provenant de différents réseaux intéressés par la prévention du suicide. Sans de tels incitatifs, il y a fort à parier que la collaboration et la concertation des intervenants des différents réseaux demeureront insuffisantes. Il existe déjà certains programmes de subventions pour l'action concertée dans la plupart des régies régionales de la santé. Il importe de voir à ce qu'une partie de ces subventions soit réservée à des actions de concertation visant la prévention du suicide chez les jeunes.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux responsables des régies régionales de la santé de créer ou d'intensifier les mesures d'incitation financières visant à stimuler la concertation et la collaboration soutenue des intervenants des différents réseaux (santé, éducation, communautaire) travaillant auprès de clientèles de jeunes à risque de suicide.

- ▶ Assurer un meilleur suivi auprès des jeunes ayant récemment fait une tentative de suicide

Les jeunes ayant déjà attenté à leurs jours constituent une clientèle cible très importante. Différentes études montrent que parmi les suicidaires reçus à l'urgence d'un hôpital, de 10 à 15 % commettront un geste fatal dans les semaines ou les mois qui suivent. C'est beaucoup. Et, malheureusement, après un bref passage à l'hôpital, la plupart de ces jeunes suicidaires s'en retournent chez eux sans que personne ne s'assure par la suite de leur état.

Recommandation

Compte tenu du peu de suivi donné aux jeunes suicidaires qui reçoivent leur congé de l'hôpital après une tentative de suicide, le Conseil recommande que les équipes de psychiatrie, de pédopsychiatrie et de médecins omnipraticiens collaborent avec les professionnels des CLSC, des cliniques privées et des centres de prévention du suicide de leur localité, afin d'offrir un suivi psycho-social aux jeunes suicidaires qui retournent dans leur milieu naturel après un passage à l'urgence ou un séjour à l'hôpital.

Pour que les jeunes à risque de suicide soient davantage référés des hôpitaux vers les organismes de soutien de la communauté, il est nécessaire que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales fournissent aux organismes communautaires un financement suffisant et régulier afin qu'ils puissent s'acquitter adéquatement de cette responsabilité supplémentaire.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'augmenter le financement des organismes communautaires oeuvrant auprès des jeunes suicidaires, tels que les centres de prévention du suicide ou de crise, ainsi que de ceux oeuvrant auprès de jeunes en grave difficulté, comme les toxicomanes et les jeunes atteints de maladie mentale, afin qu'ils puissent accueillir et suivre les jeunes en détresse référés par les médecins et les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

- ▶ **Mettre en place, à l'échelle régionale, une équipe d'intervention et de soutien lorsque survient un suicide**

Lorsqu'un suicide survient, plusieurs personnes de l'entourage de la victime subissent un choc psychologique, au point où les plus vulnérables risquent de poser à leur tour un geste de désespoir. Le risque de contagion est particulièrement élevé chez les jeunes dont un pair ou un parent s'est déjà enlevé la vie. Le soutien aux endeuillés ou la « postvention » pourrait s'effectuer, par exemple, dans la famille et à l'école. La postvention doit donc être offerte non seulement dans les milieux où survient le suicide d'un jeune, mais également auprès des jeunes dont un parent ou un adulte significatif s'est suicidé.

À cet effet, il importe qu'à l'échelle locale, les diverses ressources pouvant collaborer à ce genre de service, telles que les corps policiers, le bureau du Coroner, les CLSC et les centres de prévention du suicide, se concertent pour élaborer un plan d'action clair permettant une action rapide et efficace.

Recommandation

Le Conseil recommande aux responsables des régions régionales de la santé et des services sociaux de voir à ce que, dans chacune des régions du Québec, les partenaires se concertent et élaborent un plan d'action pour qu'en cas de suicide, des services de postvention destinés aux jeunes, aux familles, aux établissements ou aux communautés soient offerts rapidement et en tout temps.

- ▶ À l'échelle locale ou régionale, amener les partenaires à se concerter afin de rapprocher les ressources de soins en santé mentale du milieu de vie des jeunes

L'un des problèmes rencontrés quant au traitement des jeunes suicidaires atteints de maladie mentale tient au fait que beaucoup d'entre eux sont réfractaires aux soins de nature psychologique ou psychiatrique. Pour les jeunes, le fait de devoir se rendre dans un département ou un centre hospitalier identifié à la psychiatrie constitue un obstacle psychologique à l'accès aux soins. Malheureusement, les préjugés et les mythes entourant les maladies mentales et les soins psychiatriques sont encore tenaces. Les troubles mentaux sont souvent assimilés à la psychose et à la folie. Les efforts déployés pour démystifier les maladies mentales, par exemple, la campagne publicitaire sous le thème « Comprendre les maladies mentales, c'est fondamental » menée par le ministère de la Santé, il y a quelque temps, doivent être répétés et complétés à l'échelle régionale par d'autres mesures visant les milieux fréquentés par les jeunes, tels que les établissements scolaires, les maisons de jeunes, les centres sportifs ou de loisirs.

En plus de se méfier de tout ce qui s'appelle psychiatrie, les jeunes rencontrent d'autres types d'obstacles à un traitement. Ainsi, le fait que les soins en psychiatrie soient souvent offerts dans un centre hospitalier situé loin de leur domicile compromet leur assiduité aux traitements. Pour contrer ces obstacles, il faut voir à améliorer l'accessibilité des soins psychiatriques et rapprocher ceux-ci de la communauté.

Recommandation

Compte tenu des préjugés associés aux maladies mentales et de l'éloignement des ressources de soins psychiatriques dans plusieurs régions, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux, aux responsables des régies régionales et des centres hospitaliers de se concerter afin de rapprocher les services de psychiatrie des milieux de vie des jeunes, en offrant des services de soins en santé mentale, comprenant la psychiatrie, dans des CLSC, dans des cliniques familiales ou dans des centres communautaires.

4.4 Quatrièmement, la prévention du suicide demande une plus grande sensibilisation et une meilleure formation des médecins et des intervenants sociaux oeuvrant auprès des jeunes

La formation au dépistage et à la reconnaissance des symptômes de la dépression et des autres troubles de santé mentale fréquemment associés au suicide devrait constituer une priorité, en particulier chez les professionnels de la santé et des services sociaux. Sont particulièrement visés ceux qui travaillent dans des cliniques médicales, des CLSC, des centres de prévention du suicide, des maisons de jeunes, des centres jeunesse, des centres de détention et des écoles. On doit même associer à cette démarche les agents travaillant dans les centres Travail-Québec, puisque ceux-ci reçoivent un grand nombre de jeunes en difficulté.

► La sensibilisation et la formation des médecins omnipraticiens

Parmi les problèmes de santé mentale, la dépression constitue l'un des troubles les plus fréquents chez les jeunes et la forme grave de cette maladie est l'un des problèmes les plus fréquents chez les jeunes victimes de suicide. Les dépressifs constituent donc un groupe à haut risque. Jusqu'à présent, l'une des rares stratégies s'étant montrée efficace pour réduire le nombre de suicides dans une communauté est la formation de tous les médecins omnipraticiens au dépistage et au traitement de la dépression. De surcroît, les enquêtes menées au Québec et ailleurs montrent que le médecin omnipraticien est le professionnel consulté par le plus grand nombre de jeunes suicidaires, dans les semaines ou les jours qui précèdent leur geste. Une telle approche est donc incontournable dans toute stratégie de prévention du suicide. L'Association des psychiatres du Québec offre depuis un certain temps de la formation aux omnipraticiens en matière de dépistage de la dépression. Il importe que tous les médecins puissent profiter d'une telle formation.

Par ailleurs, les médecins ne réfèrent pas facilement leurs patients à des organismes d'aide et de soutien présents dans la communauté, par exemple, les CLSC, les centres de prévention du suicide ou les organismes d'aides aux personnes atteintes de maladie

mentale. Pourtant, de telles ressources peuvent s'avérer précieuses dans le suivi psychosocial des personnes dépressives ou suicidaires qui, souvent, sont isolées et ont grand besoin de réconfort. Il serait donc souhaitable, lors de la formation offerte aux médecins, d'informer ces derniers sur les ressources professionnelles et communautaires d'aide disponibles dans leur communauté de façon à ce qu'ils puissent mieux renseigner leurs patients.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de promouvoir, avec la collaboration des associations médicales concernées, la formation de tous les médecins omnipraticiens du Québec en matière de dépistage et de traitement de la dépression ainsi que des conduites suicidaires. Le Conseil recommande également au ministre et aux dirigeants des associations médicales de mieux informer les médecins sur les ressources professionnelles et communautaires d'aide et de soutien aux personnes dépressives ou suicidaires qui existent dans la communauté et d'insister pour que ceux-ci y réfèrent leurs patients.

- ▶ La sensibilisation et la formation des intervenants sociaux oeuvrant auprès de jeunes en difficultés

Outre les médecins omnipraticiens, plusieurs autres professionnels, tels que les psychologues, les psycho-éducateurs, les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés qui travaillent auprès de plusieurs jeunes en difficulté, pourraient sans doute bénéficier d'une formation au dépistage de la dépression et des conduites suicidaires. À l'heure actuelle, les symptômes de la maladie mentale et des conduites suicidaires demeurent encore méconnus, même parmi le personnel professionnel oeuvrant auprès des jeunes en difficulté. Cette méconnaissance constitue un obstacle de taille à une meilleure prévention du suicide. Beaucoup d'intervenants scolaires ou sociaux associent les symptômes de troubles mentaux à des manifestations de la « crise d'adolescence ».

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux d'offrir à tous les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de la sécurité publique oeuvrant auprès d'une clientèle de jeunes en difficulté des activités de perfectionnement ayant trait au dépistage de la dépression et des conduites suicidaires.

4.5 Cinquièmement, à l'école, dès le primaire, la prévention du suicide doit s'inscrire dans une démarche globale et intégrée de la promotion de la santé et de la prévention

Dans le monde scolaire, il existe aujourd'hui une foule d'activités de prévention ponctuelles sur autant de problèmes, tels que la toxicomanie, les accidents de la route, le tabagisme, les MTS, le suicide, etc. Plusieurs intervenants scolaires rencontrés par le Conseil ont déploré à la fois le grand nombre d'organismes qui demandent à tenir des activités à l'école et le manque d'intégration de toutes ces problématiques dans une vision globale de la santé et du bien-être. Plusieurs élèves consultés par le Conseil ont également déploré le morcellement et la redondance de toutes ces activités de prévention. Par ailleurs, la recherche a mis en lumière les effets très limités des activités de sensibilisation s'adressant à l'ensemble des élèves et traitant du suicide ou d'autres problèmes de santé physique ou mentale.

Ces considérations soulèvent l'importance d'instaurer, en milieu scolaire, une vision globale et intégrée des divers aspects de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé. Une vision globale et intégrée correspond à un programme d'activités offertes à différents moments du parcours scolaire et comprenant des périodes d'enseignement, des activités parascolaires, des services professionnels d'aide ainsi que des activités de formation du personnel.

Recommandation

Le Conseil recommande que la ministre de l'Éducation, avec le soutien de celui de la Santé et des Services sociaux, voit à ce que soit élaboré et diffusé dans tout le réseau scolaire un programme global et intégré de promotion de la santé et de prévention s'adressant à l'ensemble des élèves et abordant divers problèmes auxquels les jeunes peuvent être confrontés. Le Conseil recommande qu'un tel programme comprenne les dimensions suivantes :

- le développement de compétences personnelles et sociales;
- l'éducation aux préjugés entourant les maladies mentales, les stéréotypes sexuels et l'homosexualité;
- la formation des jeunes à l'entraide;
- l'offre de services professionnels d'aide pour les élèves manifestant des problèmes psychosociaux ou relationnels;
- la sensibilisation et la formation du personnel scolaire au dépistage et à la référence des jeunes en détresse ainsi qu'aux mesures à prendre en cas de suicide d'un élève ou d'un membre du personnel.

- Développer les compétences personnelles et sociales de tous les jeunes à l'école

Les compétences personnelles et sociales représentent une protection importante des jeunes lorsque se présentent des problèmes interpersonnels ou autres qui menacent leur santé mentale. Les compétences, telles l'estime de soi et la capacité de résolution de problèmes ou de conflits constituent des éléments protecteurs contre d'éventuelles conduites suicidaires. De par sa mission de formation globale de la personne, l'école doit assumer un rôle important dans l'enseignement de telles compétences.

Recommandation

Le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation d'inscrire le développement de compétences personnelles et sociales, telles que la capacité de résolution de problèmes, de gestion des conflits interpersonnels et l'estime de soi, dans le *curriculum* scolaire et dans l'ensemble des activités des écoles primaires et secondaires. De plus, le Conseil juge important que les écoles ou les classes recevant des clientèles de jeunes en difficulté de comportement ou d'apprentissage y consacrent un effort supplémentaire à celui des classes ou écoles régulières. Il importe que l'école soutienne aussi les parents de ces jeunes dans cette démarche de développement des compétences personnelles.

- Combattre les stéréotypes masculins afin d'inciter les garçons à chercher de l'aide en cas de difficulté majeure

Compte tenu de la forte surmortalité des garçons comparativement aux filles et à la tendance des premiers à ne pas demander d'aide, même en cas de coup dur, une meilleure prévention du suicide doit, entre autres, comprendre des actions visant à modifier certaines attitudes et certains comportements, afin que les garçons expriment davantage les problèmes graves qui les touchent, le cas échéant, et qu'ils hésitent moins à chercher de l'aide.

Les éducateurs doivent donc déjouer l'entêtement des garçons à résoudre seuls leurs problèmes même lorsque ces derniers les dépassent et les entraînent vers un état de détresse psychologique important. Dans la même veine, il importe que l'école offre aux garçons des modèles masculins d'entraide, d'ouverture aux problèmes d'autrui et de capacité à confier ses émotions ou ses problèmes, de savoir où chercher de l'aide.

Ainsi, considérant le fait qu'au primaire, surtout, le personnel enseignant et non enseignant est majoritairement féminin, le Conseil se questionne sur l'opportunité d'inciter davantage les jeunes hommes à se diriger vers les filières de formation universitaire débouchant sur ces types d'emplois.

Recommandation

Le Conseil recommande que les directions d'école et les enseignants, en collaboration avec les familles, poursuivent les efforts d'éducation visant à combattre les stéréotypes sexuels. Qu'on encourage particulièrement les garçons à demander de l'aide en cas de besoin et qu'on leur indique les ressources d'aide confidentielles qu'ils peuvent trouver à l'école et dans leur communauté.

► **Combattre les préjugés et déstigmatiser l'homosexualité**

La découverte d'une orientation homosexuelle chez l'adolescent peut entraîner de l'angoisse et un certain traumatisme psychologique. En effet, la stigmatisation de l'homosexualité est encore présente dans la société. Il est plausible qu'un certain nombre de ces adolescents soient perturbés au point que cela les conduise à un geste suicidaire. Le Conseil croit important que l'école, en vertu de sa mission de formation globale de la personne, démystifie l'homosexualité auprès des élèves.

Recommandation

Compte tenu de l'angoisse que vivent plusieurs adolescents qui découvrent leur orientation homosexuelle et de la détresse qui peut s'ensuivre, le Conseil recommande aux enseignants que l'école, notamment à l'intérieur des cours d'éducation morale ou de formation personnelle et sociale, déstigmatise et dédramatise l'homosexualité, de façon à ce que les jeunes qui se découvrent une orientation sexuelle différente ne se sentent pas angoissés et rejetés au point de commettre un geste suicidaire.

► **Favoriser l'entraide par les pairs**

Puisque, le plus souvent, les jeunes confient leurs problèmes à leurs amis, il est souhaitable de susciter la participation des élèves eux-mêmes dans le processus de dépistage et de référence de leurs pairs en difficulté. Le développement de l'esprit d'entraide chez les jeunes s'inscrit bien dans la mission éducative de l'école. Depuis quelques années, des groupes de pairs aidants ont été formés dans plusieurs écoles secondaires du Québec, ainsi que dans quelques établissements d'enseignement supérieur. Ces jeunes sont généralement formés et soutenus grâce à l'engagement de quelques membres du personnel. Étant donné la diversité des difficultés éprouvées par les jeunes, il est souhaitable que la formation des pairs aidants couvre non pas seulement la prévention du suicide, mais un ensemble de problèmes à caractère psychosocial ou relationnel.

Recommandation

Compte tenu du fait que les adolescents qui vivent des problèmes importants se confient surtout à d'autres jeunes, le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation et aux dirigeants des commissions scolaires de promouvoir auprès des directions d'école le développement de l'entraide par et pour les jeunes en soutenant l'instauration de groupes de pairs aidants dans les établissements d'enseignement secondaire et post-secondaire.

Certains organismes communautaires comme la Fondation JEVI ont répandu la formule dans plusieurs écoles secondaires de la province; ceux-ci pourraient être des partenaires précieux des deux ministères dans cette démarche.

Le Conseil tient à préciser que les jeunes faisant partie de ces groupes doivent être clairement avisés des limites à respecter dans leurs interventions lorsqu'ils se voient confiés des problèmes graves, de façon à ce qu'ils réfèrent automatiquement ces cas à un adulte. Qu'on veuille à promouvoir le rôle de pair aidant particulièrement auprès des garçons. Que ces jeunes créent des activités particulières pour tous les jeunes qui ont peu d'amis, sont isolés ou sont stigmatisés par les autres.

- Offrir, à l'école, des services professionnels d'aide adéquats, pour les élèves en difficulté et leurs familles et bien faire connaître ces services

Depuis quelques années, les compressions budgétaires successives décrétées par le gouvernement et administrées par les commissions scolaires ont mis en péril les services d'aide aux élèves au point où, dans plusieurs écoles, ils sont réduits à peu de chagrin. La situation s'est encore aggravée récemment parce que les coupes budgétaires ont également été décrétées dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, un grand nombre de CLSC offrant des services professionnels d'aide et de prévention dans les écoles ont dû retirer partiellement ces ressources. De surcroît, certains jeunes en difficulté se trouvant dans les centres de réadaptation ont été retournés dans des écoles régulières, alourdissant ainsi considérablement l'application des plans d'intervention individualisés destinés à mieux soutenir les élèves en difficulté. L'aggravation des problèmes de la clientèle scolaire est à ce point aigu que plusieurs intervenants scolaires rencontrés par le Conseil ont affirmé être complètement dépassés par la demande et ont avoué ne plus être en mesure de donner une aide adéquate aux élèves les plus mal en point. Selon plusieurs intervenants, la prévention a pratiquement disparu, puisqu'on parvient à peine à soutenir les élèves en grave difficulté.

À l'heure des coupures budgétaires, certaines commissions scolaires font le terrible choix de retirer ou de limiter les ressources professionnelles dans les écoles, tels les psychologues, les travailleurs sociaux et les éducateurs spécialisés, privant ainsi les jeunes et leur famille d'une aide indispensable au maintien de leur santé physique et mentale. Le Conseil est d'avis que, pour assurer une aide adéquate et un suivi sérieux aux jeunes en détresse, les ressources d'aide à l'école doivent être préservées à tout prix.

Recommandation

Le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation et aux responsables des commissions scolaires d'accroître ou, à tout le moins, de préserver les budgets consacrés aux services professionnels d'aide aux élèves dans les écoles.

Par ailleurs, les ressources d'aide encore disponibles à l'école ne sont pas toujours bien connues de l'ensemble des jeunes qui s'y trouvent. Plusieurs jeunes en connaissent vaguement l'existence, mais ne savent trop précisément quelle est la nature de l'aide qu'elles peuvent apporter, ni si elles assurent la confidentialité, élément particulièrement important pour les adolescents qui ne veulent pas toujours que leur entourage soit mis au courant de leurs problèmes. Il importe donc que les écoles secondaires, les cégeps et les universités fassent connaître aux étudiants, au début de chaque année scolaire, les services d'aide disponibles à l'intérieur comme à l'extérieur de leurs murs. Par exemple, les CLSC et certains organismes communautaires sont parfois situés à proximité des établissements scolaires et relativement accessibles pour les étudiants.

Recommandation

Le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation et aux dirigeants des commissions scolaires d'inviter toutes les directions d'établissements scolaires à organiser dans les écoles secondaires, au début de chaque année scolaire, une tournée des classes afin que les ressources d'aide se fassent connaître et présentent leurs services ainsi que les lieux où les jeunes peuvent les rencontrer ou les autres moyens anonymes et confidentiels de communiquer avec elles.

Les parents aussi devraient être bien informés de la nature de ces services et encouragés à les utiliser en cas de besoin. Puisque les parents qui se rendent aux rencontres d'école sont souvent ceux dont les jeunes ne manifestent pas de problèmes, les directions d'école devraient consacrer des efforts particuliers pour joindre, chez eux si nécessaire, les parents dont les jeunes manifestent des difficultés afin de mieux aider ceux-ci.

- ▶ Offrir de la formation au personnel scolaire afin qu'il puisse dépister et référer les jeunes dépressifs ou suicidaires aux ressources d'aide et afin qu'il sache prendre les mesures appropriées en cas de suicide d'un élève

Les enseignants et les autres professionnels de l'école côtoient quotidiennement les jeunes. Ils sont donc bien placés pour repérer ceux qui manifestent des signes de détresse et les référer aux ressources d'aide de l'école ou de la communauté. La formation proposée devrait également permettre à la direction et au personnel d'être en mesure de réagir adéquatement au cas où il y aurait décès d'un élève par suicide. Déjà, un certain nombre d'écoles ont offert une telle formation, la plupart du temps grâce à la collaboration d'un centre de prévention du suicide de leur région. Il serait souhaitable que toutes les écoles du Québec puissent profiter d'une telle formation.

Recommandation

Le Conseil recommande à la ministre de l'Éducation et aux dirigeants des commissions scolaires de promouvoir auprès des directions d'écoles des activités de perfectionnement en prévention du suicide à l'intention des enseignants et des autres professionnels oeuvrant en milieu scolaire et de les soutenir adéquatement. Qu'on accorde une attention spéciale à la formation des enseignants des classes en cheminement particulier et des groupes d'élèves en difficulté d'apprentissage ou de comportement.

- ▶ Utiliser des outils didactiques de qualité pour les activités de sensibilisation et de prévention du suicide

Le matériel didactique destiné à la prévention du suicide auprès des jeunes ne fait l'objet d'aucun contrôle de qualité et peut parfois représenter un risque d'imitation des gestes suicidaires.

Plusieurs intervenants consultés par le Conseil ont signalé leur préoccupation quant à la qualité du matériel d'information ou de sensibilisation qui circule actuellement au Québec, notamment en milieu scolaire. Compte tenu du risque d'imitation des gestes suicidaires présent chez certains jeunes vulnérables, certaines vidéos ou mises en scène s'avèrent peu recommandables soit parce qu'elles présentent le geste suicidaire comme sensationnel ou héroïque ou encore qu'elles le banalisent en le présentant comme une réponse possible à des difficultés courantes. Même une partie du matériel écrit diffusé aux jeunes et se rapportant par exemple aux mythes relatifs au suicide doit être revu et corrigé. Dans certains dépliants d'information, il est affirmé que le lien entre la maladie mentale et le suicide tient du mythe! Il est probable que l'intention des promoteurs d'un tel message soit de convaincre les jeunes que les comportements suicidaires ne sont pas l'apanage des personnes psychotiques, ce qui est juste, mais il s'agit néanmoins d'une importante déformation de la réalité. De plus, la diffusion d'un

tel « mythe » risque fort de contribuer à perpétuer les préjugés entourant les maladies mentales, à l'effet qu'elles ne toucheraient qu'un nombre infime de personnes et surtout pas des jeunes. Rappelons par exemple que les données¹⁵⁶ de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995 suggèrent que les jeunes hommes et les jeunes femmes de 18 à 24 ans constituent le groupe de la population où la prévalence de la dépression est la plus forte.

De façon générale, tout le matériel d'information et de sensibilisation diffusé dans les écoles ne fait l'objet d'aucune analyse ni approbation d'une organisation professionnelle pouvant en attester la pertinence et la qualité. Cette situation doit changer si on veut fournir aux intervenants et aux jeunes une information exacte, suffisamment nuancée et qui ne risque pas de favoriser l'apparition de comportements suicidaires chez certains jeunes dont la santé mentale est fragile.

Recommandation

Par conséquent, le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les responsables de l'Association québécoise de suicidologie, de produire du matériel adéquat de prévention du suicide et de le promouvoir partout dans la province. Que le matériel utilisé en milieu scolaire ou ailleurs soit soumis à l'approbation d'un comité conjoint composé du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation et de l'Association québécoise de suicidologie.

Le Conseil recommande également à la ministre de l'Éducation d'inviter les directions d'écoles et des autres établissements d'enseignement à n'utiliser que du matériel approuvé afin de s'assurer que les informations véhiculées en prévention du suicide soient exactes, nuancées et présentées de façon non suggestive aux jeunes partout au Québec.

Une action intéressante a été amorcée en ce sens au cours de la dernière année. Il s'agit de l'engagement d'un partenaire privé, l'Assurance-Vie Desjardins-Laurentienne, à contribuer financièrement pendant trois ans à la prévention du suicide chez les jeunes. Au cours des derniers mois, le Conseil permanent de la jeunesse et l'Association québécoise de suicidologie ont travaillé ensemble afin de soumettre à l'Assurance-Vie Desjardins-Laurentienne des propositions visant la réalisation et la diffusion d'outils de prévention du suicide chez les jeunes. Un premier outil sera prêt d'ici quelques mois. Ce n'est là qu'un premier pas dans la bonne direction et auquel le MSSS devrait donner des suites avec la collaboration de l'AQS et, éventuellement, d'autres partenaires privés.

¹⁵⁶ M. BEAUDET, *op. cit.*, p. 14.

4.6 Sixièmement, la prévention du suicide requiert une recherche accrue et une plus grande diffusion des connaissances

► La recherche

Malgré toutes les études scientifiques menées depuis de nombreuses années, il persiste une certaine ignorance, pour ne pas dire une ignorance certaine, des contributions exactes des diverses maladies mentales et des problèmes d'adaptation sociale à l'origine du processus suicidaire, des conditions de leur développement et de leur résorption ainsi que des meilleurs moyens de les prévenir ou de les traiter, en fonction du profil des jeunes qui en sont affectés. Même si certains facteurs de risque du suicide chez les jeunes ressortent de la littérature scientifique, il n'en demeure pas moins que la plupart des jeunes aux prises avec ces facteurs ne se suicident pas et que nous tous demeurons impuissants à reconnaître parmi ces jeunes lesquels vont poser un geste suicidaire.

De toute évidence, il manque une base solide de connaissances permettant d'asseoir la prévention, c'est-à-dire de bien cerner et d'orienter les stratégies et les moyens capables de prévenir efficacement les gestes suicidaires chez les jeunes ou de traiter adéquatement ceux qui ont déjà montré un comportement suicidaire afin d'atténuer leur détresse et de favoriser leur rétablissement. À titre de référence, les diminutions remarquables des taux de décès dus aux maladies cardio-vasculaires et des cancers auxquelles nous avons assisté depuis trente ans sont les fruits de l'amélioration des connaissances par la recherche dans laquelle les secteurs public et privé ont investi massivement. Évidemment, le suicide ne tue pas autant que les maladies cardio-vasculaires ou les tumeurs et on peut difficilement justifier un investissement en recherche du même ordre que pour ces maladies. Cependant, au Québec, la recherche en suicidologie pourrait, certes, être mieux financée que maintenant. D'ailleurs, un document récent du ministère de la Santé et des Services sociaux souligne que le suicide chez les jeunes est phénomène encore trop peu étudié¹⁵⁷.

À l'heure actuelle, certaines actions de prévention, même si elles sont menées avec les meilleures intentions, risquent fort d'être inefficaces, voire contreproductives, puisqu'elles reposent sur des connaissances insuffisantes. Aux yeux du Conseil, la prévention du suicide présente un besoin criant de meilleures connaissances et, donc, d'études rigoureuses, de recherches longitudinales et évaluatives de grande envergure afin de mieux comprendre la genèse des actes suicidaires dans l'optique de mieux les prévenir ou les traiter. De plus, en ces temps de rationalisation et de compressions budgétaires, il paraît impératif que des études évaluatives des mesures de prévention en place actuellement soient réalisées afin d'orienter judicieusement le financement vers les projets ou mesures les plus prometteurs. Par exemple, il serait intéressant de mener des études auprès des clientèles suicidaires recevant différents services des centres de

¹⁵⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'adaptation sociale des jeunes : profil de la recherche subventionnée 1980-1993*, Québec, MSSS, 1994, p. 75.

prévention et des hôpitaux, afin d'évaluer, après quelques semaines, quelques mois ou quelques années, quels types de services permettent de réduire la fréquence des gestes suicidaires.

Recommandation

Par conséquent, le Conseil permanent de la jeunesse recommande aux responsables des principaux organismes subventionnaires, comme le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses régions régionales, d'inscrire la recherche sur le suicide chez les jeunes parmi leur thèmes prioritaires. Le Conseil recommande notamment que l'évaluation rigoureuse de programmes ou de mesures de prévention en place soit privilégiée, de même que le financement d'études sur le dépistage, sur le traitement médical ou le suivi psycho-social des jeunes suicidaires.

Compte tenu que le suicide est un problème lié à des déterminants à la fois psychologiques, sociaux, biologiques et médicaux et que les principaux organismes subventionnaires tendent à être spécialisés, le Conseil recommande que ces organismes se coordonnent davantage afin de favoriser un financement optimal d'études méthodologiquement rigoureuses et de grande envergure portant, entre autres, sur les séquences d'entrée en jeu de divers facteurs associés au développement du processus suicidaire et du passage à l'acte chez les adolescents et les jeunes adultes.

Le Conseil recommande à ces organismes subventionnaires de voir à ce que les études longitudinales de grande envergure actuellement financées au Québec et traitant de divers problèmes psycho-sociaux et de leur prévention intègrent les comportements suicidaires parmi leurs variables étudiées.

► La diffusion des connaissances scientifiques

Non seulement la recherche en suicidologie doit-elle être accrue, mais également, les résultats des plus récentes études scientifiques doivent être diffusés régulièrement auprès de tous les intervenants touchés afin de se traduire dans l'action. À l'heure actuelle, il semble que le peu d'évidence scientifique disponible ne serve pas toujours à orienter les interventions de prévention sur le terrain. À titre d'exemple, même si la recherche repère clairement certains groupes de jeunes plus à risque de suicide que d'autres, tels que les jeunes toxicomanes, les jeunes atteints de troubles mentaux ainsi que les jeunes victimes de négligence ou d'abus graves, ces jeunes demeurent très peu touchés par les interventions actuelles. Certains intervenants semblent ignorer ou sous-

estimer la contribution de ces problèmes au suicide. Également, même si les études ont montré la portée très limitée des programmes axés exclusivement sur la sensibilisation ou l'information des jeunes dans les écoles, ces activités continuent de constituer en plusieurs endroits une part importante de l'intervention auprès des jeunes en matière de prévention du suicide.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de voir à ce que l'information scientifique récente ayant trait à la prévention du suicide soit périodiquement colligée et diffusée à tous les organismes et intervenants engagés dans la prévention du suicide.

Ces responsabilités pourraient, par exemple, être confiées à l'Institut de recherche sur la santé publique récemment mis sur pied.

4.7 Septièmement, la prévention du suicide nécessite des mesures visant à réduire l'accès ou la dangerosité de certains instruments utilisés par les jeunes suicidaires

Comme il a été souligné dans le chapitre précédent, les gestes suicidaires surviennent très souvent pendant des moments de crise. La plupart des spécialistes en prévention croient qu'en rendant plus difficile l'accès ou la dangerosité de certains modes de suicide parmi les plus répandus, on peut permettre à la crise suicidaire de s'estomper et ainsi éviter bien des décès. Bien qu'on ne puisse éliminer tous les instruments ou les sites potentiellement dangereux, il demeure tout à fait nécessaire d'enlever les plus accessibles dans l'environnement immédiat des jeunes en détresse. Comme il a été mentionné auparavant, il est important que les intervenants ayant dépisté un jeune suicidaire avisent ses parents, son conjoint ou ses amis de faire disparaître les armes à feu et les médicaments dangereux de son domicile. L'accès facile à une arme à feu et à une quantité importante d'alcool constitue un cocktail extrêmement dangereux, particulièrement chez les adolescents de sexe masculin.

Malgré une baisse importante de l'utilisation des armes à feu comme moyen de suicide chez les jeunes au cours des quinze dernières années, bon nombre de suicides de jeunes hommes sont encore commis de cette façon. La chasse sportive étant très populaire au Québec, plusieurs dizaines de milliers de ces armes se trouvent dans les foyers québécois. Ces armes et leurs munitions sont généralement accessibles rapidement à n'importe quel membre de la famille. À l'heure actuelle, malgré l'usage fréquent des armes à feu comme moyen de suicide ou d'agression familiale, aucune réglementation n'existe sur l'entreposage. Puisqu'il s'agit d'un moyen très expéditif pour s'enlever la vie et qu'un certain nombre d'actes suicidaires de jeunes sont commis impulsivement,

Conseil permanent de la jeunesse

souvent sous l'influence déshinibitrice de l'alcool ou d'autres psychotropes, on doit réduire l'accès rapide à ce moyen.

Malgré l'adoption récente du projet de loi fédéral resserrant le contrôle des armes à feu, peu de mesures concrètes ont été mises en application jusqu'à présent. Une initiative intéressante de sensibilisation a été lancée à l'automne 1996, dans la région de Chaudière-Appalaches. La direction de la santé publique s'est associée aux magasins Canadian Tire de cette région afin d'informer les acheteurs d'articles de chasse des consignes de sécurité à adopter pour l'entreposage sécuritaire des armes. Le projet fait actuellement l'objet d'une évaluation.

Recommandation

Le Conseil recommande donc au ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec celui de la Sécurité publique, avec les autorités municipales et, éventuellement, avec l'entreprise privée de mettre en place une vaste campagne de sensibilisation sur l'entreposage des armes à feu; de rendre obligatoire l'acquisition de cadenas de pontet à l'achat d'une arme à feu et pour tous ceux déjà en possession d'armes à feu. Que des inspections en ce sens soient effectuées par les autorités municipales.

L'utilisation des véhicules automobiles comme instruments de suicide revêt différentes formes. Par exemple, la personne suicidaire l'utilise pour provoquer un accident mortel, ou encore elle utilise les gaz d'échappement pour se suicider par intoxication au monoxyde de carbone. Ce dernier moyen est d'ailleurs en augmentation sensible depuis quelques années chez les jeunes adultes au Québec.

Recommandation

Le Conseil recommande au ministre des Transports d'inciter les fabricants d'automobiles à équiper les voitures de dispositifs d'arrêt du moteur en cas de concentration élevée de monoxyde de carbone dans l'habitacle.

Premier mode de suicide au Québec chez les personnes des deux sexes et de tous les groupes d'âge, la pendaison demeure un moyen difficile à éliminer de l'environnement des personnes suicidaires. Il y aurait lieu cependant que les organismes chargés d'établir les normes de construction et d'installation des édifices publics, en particulier dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de la sécurité publique examinent les possibilités de réduire le risque de pendaison au sein des établissements recevant une clientèle à risque.

Recommandation

Le Conseil recommande aux ministres de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique d'adresser des directives à tous les établissements de leur réseau recevant une clientèle à risque, par exemple, les salles d'urgence et départements de psychiatrie des hôpitaux, les centres d'accueil pour jeunes en difficulté, les centres de désintoxication ainsi que les centres de détention, afin d'éliminer le plus possible les fixtures, supports et autres ancrages capables de supporter le poids d'une personne qui tente de s'y pendre.

Conclusion

« J pense qui faut arrêter de seulement en parler du suicide. Ce qui faut, c'est prendre des mesures pour le prévenir. »

Guillaume, 21 ans

Dans cet avis, le Conseil a mis en lumière le taux dramatique de suicide de jeunes Québécois ainsi que le rajeunissement continu des victimes. Les taux d'hospitalisation de jeunes pour tentatives de suicide augmentent également d'une façon alarmante.

L'ampleur du problème soulève un sérieux questionnement quant à la façon dont notre société traite ses jeunes, ceux-là même sur lesquels elle doit compter pour forger son avenir. Depuis trente ans, les jeunes doivent faire face à une foule de chambardements familiaux, sociaux et économiques qui affectent leur développement socio-affectif, leur santé mentale et leurs conditions de vie. De surcroît, les jeunes du Québec ne sont pas au bout de leurs peines, si on en croit les orientations et les choix récents de nos décideurs politiques et économiques. En fait, c'est toute la direction que nous prenons collectivement qui fait en sorte qu'une part croissante de notre jeunesse bascule dans la pauvreté, le découragement et les problèmes de toutes sortes, tels que le suicide et la toxicomanie.

Par ailleurs, les hausses continues des taux de suicide chez les jeunes ainsi que les résultats des études scientifiques ayant examiné la portée des interventions les plus courantes dans les domaines de la prévention du suicide et du traitement des jeunes suicidaires, soulèvent un questionnement important quant à l'efficacité des ressources médicales, sociales et communautaires déployées au cours des quinze dernières années dans le secteur de la santé mentale et de la prévention du suicide. Nous pouvons certes déplorer les ressources limitées, mais aussi le manque de leadership gouvernemental qui s'illustre par l'absence de politique ou de plan d'action concret en matière de prévention du suicide. Nous pouvons également souligner le fait que les faibles ressources disponibles en prévention n'aient pas été orientées prioritairement vers les groupes de jeunes les plus à risque et qu'on ait consacré peu d'attention et d'efforts pour stimuler la concertation de tous les acteurs oeuvrant dans les diverses professions ou les différents réseaux.

Le Conseil a également mis en relief le fait que, d'une part, la recherche évaluative sur l'efficacité des programmes actuels fait cruellement défaut, au moment même où les deniers publics sont rares et qu'ils doivent être utilisés le plus efficacement possible. D'autre part, les maigres connaissances scientifiques dont nous disposons ne semblent pas toujours se refléter dans l'application des stratégies ou des activités, ni dans certains outils didactiques de prévention du suicide en place actuellement sur le terrain. Dans le réseau scolaire, les activités demeurent très limitées, s'adressent indistinctement à tous les élèves, sans effort particulier pour rejoindre les jeunes en difficulté. Dans le

Conseil permanent de la jeunesse

réseau de la santé et des services sociaux, les activités menées auprès des jeunes en difficulté d'adaptation ou de comportement demeurent insuffisantes.

Malgré le fait que l'accès facile à des moyens mortels de suicide constitue un facteur de risque supplémentaire reconnu par la plupart des intervenants en prévention du suicide, les programmes et les activités concrètes de sensibilisation visant à réduire l'accès et la dangerosité des instruments de suicide demeurent trop rares.

Compte tenu que le taux de suicide des jeunes Québécois de sexe masculin est l'un des plus élevés du monde, qu'il constitue la première cause de décès chez les jeunes et que le problème touche des individus de plus en plus jeunes, le Conseil estime qu'il est urgent d'entreprendre un véritable plan d'action vigoureux afin de réduire le nombre de ces tragédies. Il est grand temps que le gouvernement du Québec et, d'une façon plus particulière, le ministère de la Santé et des Services sociaux amorce, avec l'aide de ses partenaires des réseaux de la santé, de l'éducation et du secteur communautaire, un plan d'action orienté vers des cibles prioritaires que constituent les jeunes suicidaires, les jeunes atteints de troubles mentaux et ceux aux prises avec une toxicomanie ou un autre problème grave d'adaptation qui menace leur santé mentale et leur vie.

La mise à contribution de tous les intervenants en contact avec des jeunes en difficulté pour des activités de dépistage et de référence constitue un élément essentiel dans la réduction des gestes suicidaires. Ensuite, le traitement adéquat des problèmes de ces jeunes par les professionnels de la santé et des services sociaux doit prolonger le dépistage. Par ailleurs, l'école doit stimuler le développement des compétences personnelles et sociales de tous les jeunes, dès le primaire, afin de mieux les outiller à faire face aux problèmes qui pourraient les affecter précocement. Elle doit mieux soutenir les jeunes en difficulté et leurs familles. Enfin, le Conseil a présenté quelques moyens concrets permettant de réduire l'accès ou la létalité de certains des principaux instruments de suicide. Les recommandations du Conseil nécessitent peu d'argent neuf. Elles réclament, par contre, une grande volonté d'agir davantage et de changer certaines pratiques de prévention.

Le Québec détient le triste record du taux de gestes désespérés chez ses jeunes. Aussi le Conseil croit-il qu'il faut non seulement mettre en avant les recommandations qu'il a présentées dans cet avis, mais aussi faire renaître l'espoir auprès des jeunes de notre société. Partout au Québec, des jeunes en détresse lancent des S.O.S. dans leur entourage. Il revient à chacun et à chacune d'entre nous d'être à l'écoute et d'y répondre avec empressement.



L'ampleur du problème du suicide soulève un sérieux questionnement quant à la façon dont notre société traite ses jeunes, ceux-là même sur lesquels elle doit compter pour forger l'avenir.

S.O.S. Jeunes en détresse!
Conseil permanent de la jeunesse

« Bien qu'à mon avis ma dernière tentative a été la plus sévère, elle n'était pas vraiment planifiée et je crois que je ne voulais pas vraiment mourir. Au contraire, je voulais tellement fonctionner. Je voulais fonctionner à cent pour cent comme les gens autour de moi. Je me sentais vraiment "poche". Encore une fois, j'ai eu peur et je voulais soulager ma souffrance à tout prix. »

Anne-Marie, 20 ans, étudiante au collégial

Annexe

La prévention du suicide chez les jeunes : le point de vue des intervenants¹⁵⁸

Rapport de consultation
Octobre 1996

La situation préoccupante du suicide chez les jeunes commande que des efforts importants soient consentis du côté de la promotion de la santé mentale des jeunes et de la prévention du suicide. Il existe actuellement un certain nombre d'organismes et d'intervenants oeuvrant à diverses activités de prévention du suicide, principalement en milieu communautaire et dans les écoles. Le Conseil a jugé important de connaître le point de vue de ces intervenants sur les principaux obstacles qui se dressent devant la prévention du suicide et sur les voies d'action les plus prometteuses pour réduire le degré de détresse et la fréquence des gestes suicidaires chez les jeunes.

Entre le 21 mars et le 9 juin 1996, le Conseil a tenu 22 rencontres de consultation et interviewé près d'une centaine de personnes travaillant dans des centres de prévention du suicide, des urgences et des cliniques psychiatriques, des CLSC, des écoles secondaires et des cégeps, des maisons de jeunes, des centres de santé publique ainsi que des centres jeunesse. Il s'est rendu dans les régions du Saguenay – Lac-Saint-Jean, de Charlevoix, de la Côte-Nord, de la Beauce, de Québec, de Montréal-Laval, de Lanaudière, de la Montérégie et de l'Estrie. Les pages qui suivent offrent une brève description des ressources en question ainsi qu'un résumé des propos des intervenants qui y oeuvrent.

1. Les intervenants des centres de prévention du suicide (CPS)

1.1 Les CPS et la prévention du suicide au Québec

On dénombre une dizaine de centres de prévention du suicide (CPS) répartis dans plusieurs régions administratives du Québec. Certaines régions comptent plus d'un centre de prévention du suicide, par exemple, la Montérégie et la Mauricie, tandis que d'autres régions en sont dépourvues, par exemple, l'Outaouais et la Gaspésie. Dans ces dernières régions, ce sont des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui assument le leadership et l'organisation de certaines activités de prévention du suicide. Par ailleurs, certaines régions comme le Nord-du-Québec et l'Abitibi-

¹⁵⁸ Gouvernement du Québec, CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE. *La prévention du suicide chez les jeunes : le point de vue des intervenants*, Québec, CPJ, 1996.

Témiscamingue n'ont pas de CPS comme tel, mais comptent plutôt des comités de prévention du suicide. Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue, on compte sept comités de prévention du suicide oeuvrant dans autant de municipalités.

Comme leur nom l'indique, les centres de prévention du suicide sont des organismes communautaires voués spécifiquement à la prévention du suicide. Sous la direction d'un conseil d'administration, chaque CPS appuie son action sur le travail d'un ou de quelques professionnels (psychologues, travailleurs sociaux) et de plusieurs bénévoles.

Le premier centre de prévention du suicide à voir le jour dans la province a été celui de Québec, en 1978. Les autres CPS se sont développés peu après, la plupart entre 1980 et 1985. La plupart de ces organismes tirent le plus gros de leur budget des régies régionales de la santé et des services sociaux, tandis que d'autres sont financés par divers organismes, comme Centraide, ou par des fondations. Leurs ressources, leurs activités et leurs relations avec les organismes des secteurs de l'éducation et de la santé et des services sociaux varient beaucoup d'une région à l'autre. Cela est dû en partie aux moyens différents dont ils disposent, à leurs années d'expérience, à la vision personnelle de la prévention de leurs dirigeants ainsi qu'à la culture professionnelle des intervenants qui y oeuvrent.

Les activités de prévention des CPS québécois, à l'image du modèle américain, reposent notamment sur deux services, à savoir l'écoute téléphonique et les activités de sensibilisation menées auprès de la population et dans le réseau scolaire. À ces services se greffent d'autres activités dont l'ampleur varie d'un organisme à un autre. La plupart des centres de prévention du suicide offrent des activités de formation s'adressant, par exemple, au personnel des écoles, des CLSC, des centres jeunesse et des corps policiers. Certains offrent également un service d'intervention de crise en face à face ainsi qu'un soutien aux personnes endeuillées. La formation d'intervenants touche notamment la « postvention », c'est-à-dire les mesures à prendre lorsque survient un geste suicidaire dans leur milieu. Plus rarement, on trouve des activités de formation offertes aux professionnels de la santé des centres hospitaliers et des cliniques privées. Quelques CPS participent à des projets de recherche, en collaboration avec des chercheurs d'université ou de centre de santé publique. Par ailleurs, les CPS tiennent chaque année une semaine thématique consacrée à la prévention du suicide. Cette semaine d'activités constitue un temps fort pour la sensibilisation du public. Elle se déroule habituellement en février et est coordonnée par l'Association québécoise de suicidologie.

Les consultations menées par le Conseil auprès des différents CPS révèlent que la vision même de la prévention du suicide dans ces organisations présente plusieurs éléments de convergence et quelques éléments de divergence. À titre d'exemple, la grande majorité des intervenants que nous avons rencontrés croient aux vertus potentielles d'une approche basée sur la promotion de la santé mentale par le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes. Cependant, d'autres ne priorisent pas ce type d'intervention puisqu'ils ne croient pas que cela puisse empêcher des décès

par suicide. Par ailleurs, certains considèrent que, même s'ils jouissaient de ressources supplémentaires, leur organisation et leurs activités de sensibilisation ne pourraient avoir un impact significatif sur les taux de suicide tandis que d'autres sont convaincus qu'avec davantage de ressources, ils seraient en mesure d'abaisser le taux de suicide dans leur région. Enfin, certains sont convaincus que les troubles mentaux constituent le principal facteur responsable du suicide complété chez les jeunes comme chez les autres groupes de la population, tandis que d'autres croient que ces mêmes troubles mentaux ne sont liés qu'à un petit nombre de suicides. Ces écarts reflètent assez bien deux des principales écoles de pensée en suicidologie, l'une issue de la psychosociologie et l'autre de la psychiatrie.

1.2 Les difficultés ou les lacunes associées à la prévention du suicide

Parmi les lacunes ou les difficultés rencontrées dans leur travail en prévention du suicide, les intervenants ont souligné unanimement les difficultés de collaboration entre les intervenants des différents réseaux (éducation, communauté, santé et services sociaux) de leur région pour optimiser les efforts en prévention du suicide. Dans la plupart des régions, la concertation se fait en effet partiellement, mais il y aurait place à beaucoup plus, selon les gens des CPS. À l'heure actuelle, la collaboration est bonne avec les CLSC et un certain nombre d'établissements d'enseignement. Cependant, au dire des intervenants, les liens sont beaucoup moins évidents avec la communauté médicale et les hôpitaux.

Même si les urgences hospitalières accueillent un grand nombre de jeunes suicidaires à haut risque de récidiver, on trouve peu d'exemples de collaboration entre les CPS et les hôpitaux visant à offrir un minimum de suivi aux personnes suicidaires qui sortent de l'hôpital. À cet effet, plusieurs intervenants des CPS souhaitent l'établissement de protocoles d'entente, à l'exemple de celui conclu entre le CPS 02 et l'hôpital de la Baie des Ha! Ha! dans la région du Saguenay. Cette entente porte, notamment, sur la formation du personnel paramédical en matière d'urgence suicidaire et le suivi téléphonique de certains patients par le CPS après leur séjour à l'hôpital. Toutefois, il est précisé que l'entente touche surtout le personnel infirmier de l'urgence. Les médecins n'y participent pas directement, ce qui limite significativement la portée de l'entente. Selon les intervenants du CPS 02, des pourparlers sont en cours afin de conclure des ententes du même type avec d'autres hôpitaux de la région. Les bouleversements occasionnés par la réforme de la santé et des services sociaux (changements de vocations, fusions et déplacements de personnel) rendent cependant plus difficile l'établissement de contacts fructueux avec les établissements hospitaliers.

D'autres intervenants de CPS soulignent que, malgré leur intérêt certain pour ce type d'entente, ils ne pourraient s'y engager actuellement, faute de ressources humaines suffisantes pour offrir un service efficace. Selon un intervenant, le personnel des CPS est déjà débordé par l'intervention de crise et la prévention en milieu scolaire.

Pour faciliter la conclusion d'ententes entre les CPS et les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, plusieurs intervenants sont d'avis qu'il faudrait une volonté clairement exprimée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette volonté pourrait se concrétiser, par exemple, par l'adoption, à l'échelle provinciale, d'une politique ou d'un plan d'action à long terme en matière de prévention du suicide. Certains intervenants rappellent toutefois qu'à l'heure actuelle, avec la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, le ministre tend plutôt à remettre toutes les décisions aux régies régionales qui décident si, dans leur région, de telles ententes doivent être établies ou non.

Les intervenants des CPS déplorent également :

A. de façon générale :

- ▶ la faiblesse des connaissances sur l'influence des activités de prévention, telles que la sensibilisation et l'information offertes aux jeunes en milieu scolaire ou l'intervention de crise, sur le taux de suicide des clientèles ayant été sensibilisées par de telles activités;
- ▶ la propagation de matériel audio-visuel inapproprié et d'informations erronées sur le phénomène du suicide;
- ▶ le manque d'intérêt politique et de leadership sur le plan provincial en matière de prévention du suicide;
- ▶ le manque de collaboration de certains médias qui traitent des suicides de façon sensationnaliste;
- ▶ le manque de ressources pour offrir un suivi adéquat aux personnes suicidaires;
- ▶ la difficulté de rejoindre les jeunes hommes, principale clientèle à risque de suicide;
- ▶ la complexité du dépistage des personnes à risque;
- ▶ l'absence de ressources d'hébergement de courte durée et de protection pour les jeunes en crise (tandis qu'il en existe pour d'autres groupes, comme les femmes victimes de violence);
- ▶ l'absence de normes pour la formation des intervenants en prévention;

B. au regard du réseau scolaire :

- ▶ la faible ouverture de certaines directions d'école;
- ▶ les changements fréquents du personnel des écoles, qui remettent en cause la pérennité des actions de prévention et forcent le CPS à reprendre les démarches de sensibilisation et de formation du personnel;
- ▶ l'absence de modèles masculins pour les garçons, surtout dans les écoles primaires;

C. au regard du réseau de la santé et des services sociaux :

- ▶ l'impossibilité d'exercer le suivi d'une personne suicidaire, quand elle est adressée au système de santé (911, hôpital, psychiatrie);
- ▶ le faible intérêt ou le manque de formation des médecins omnipraticiens sur le suicide et le dépistage des personnes à risque;
- ▶ la faible collaboration des hôpitaux au chapitre de la référence et du suivi des jeunes suicidaires au sortir de l'hôpital.

1.3 Les pistes d'actions prioritaires

Parmi les pistes d'actions prioritaires données par les intervenants des CPS, deux ressortent nettement. La première consiste à travailler à la promotion de la santé mentale auprès des jeunes afin de leur faire acquérir les habiletés personnelles et sociales, ceci dès l'école primaire. Cette action vise l'acquisition de connaissances, d'attitudes et d'habiletés débouchant sur une bonne estime de soi, un esprit d'entraide et de coopération, une capacité à résoudre adéquatement les problèmes qui surviennent ou à gérer des conflits interpersonnels, une capacité à exprimer ses émotions, à confier ses problèmes et à savoir où trouver de l'aide, pour soi ou pour autrui, en cas de besoin. Plusieurs intervenants insistent sur le fait que le développement de ces compétences devrait se prolonger tout au long de l'enfance et de l'adolescence afin d'ancrer solidement chez tous les jeunes ces facteurs de résistance au stress et de protection contre les conduites suicidaires.

La seconde piste d'action, mentionnée plus fréquemment, se rapporte à la mise en place, sur le plan régional, de meilleurs mécanismes de collaboration et de concertation des diverses ressources touchées par la prévention du suicide. Elle s'intéresse, d'une part, à la collaboration entre le CPS et les autres organismes communautaires régionaux oeuvrant auprès des jeunes en difficulté, mais, surtout, à la collaboration entre le CPS et les organismes du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier avec les ressources médicales et hospitalières. La collaboration est jugée assez bonne avec les

CLSC et, parfois, avec les centres jeunesse. Cependant, elle est pratiquement inexistante avec les hôpitaux et les bureaux de médecins, sauf en quelques rares endroits.

Un exemple intéressant de coordination des ressources communautaires se trouve à Saint-Jérôme, dans la région des Laurentides. Le centre d'intervention Le Faubourg y a réuni plusieurs organismes locaux oeuvrant à la prévention de divers problèmes sociaux, comme la toxicomanie et la violence, pour offrir conjointement aux écoles de la région un programme unifié de prévention. Ce programme comporte un noyau central d'éléments de promotion de la santé, de formation des intervenants en milieu scolaire et d'informations destinées aux élèves sur les divers problèmes à prévenir et l'aide disponible. Il semble qu'une telle approche concertée et unifiée du milieu scolaire par les organismes communautaires de prévention favorise l'acceptation du projet par les directions d'école, en particulier par celles qui demeurent réticentes à implanter un programme de prévention lié à un problème particulier, de peur qu'un tel geste suggère que le problème en question frappe leur école d'une façon particulière.

Parmi les autres suggestions d'actions émises par certains intervenants des CPS, on trouve :

A. de façon générale :

- ▶ que le gouvernement reconnaisse clairement la prévention du suicide comme objet prioritaire d'actions au Québec; qu'il reconnaisse aussi auprès de la population que le taux de suicide est inacceptable et qu'il faut réagir;
- ▶ qu'à l'image du Centre de coordination sur le sida, un organisme provincial se voit confier le mandat d'assumer le leadership et la coordination en matière de prévention du suicide;
- ▶ que la stratégie provinciale de lutte au suicide s'appuie sur des actions touchant aux déterminants familiaux et psychosociaux; qu'on mène des recherches sur les facteurs de protection de l'individu et qu'on accentue, d'une façon particulière, les efforts de prévention auprès des groupes les plus vulnérables, comme les toxicomanes et les personnes atteintes de troubles mentaux;
- ▶ que le gouvernement confie à un organisme le mandat de contrôler et d'approuver le matériel de prévention du suicide (vidéos, cahiers d'exercices, pièces de théâtre) offert aux écoles et aux autres milieux de jeunes de façon à ce que le matériel inadéquat, voire dangereux, soit éliminé;
- ▶ qu'on « mette de l'ordre » dans les informations véhiculées sur le suicide et les actions à prendre devant une crise suicidaire;

Conseil permanent de la jeunesse

- ▶ que le gouvernement mette en place des mesures concrètes de sensibilisation à l'entreposage sécuritaire des armes à feu et des munitions;
- ▶ qu'on trouve des moyens pour rejoindre davantage les jeunes hommes, qui constituent à la fois la clientèle la plus à risque de suicide et la moins touchée par les moyens traditionnels de prévention comme les lignes d'écoute et les ateliers de sensibilisation. Il est suggéré de les rejoindre par l'intermédiaire des clubs sportifs ou sociaux ou par des programmes d'aide aux employés. L'importance de rejoindre les jeunes pères est également soulignée;
- ▶ qu'on fasse de la prévention prénatale et postnatale auprès des jeunes parents, en particulier de ceux issus de milieux défavorisés; qu'on trouve des moyens de rejoindre ces parents qui sont trop souvent isolés; qu'on tente de les informer par l'entremise de personnes en qui ils ont confiance, par exemple une infirmière du CLSC, un travailleur de rue ou le curé de la paroisse;
- ▶ qu'un seul et même numéro de téléphone d'urgence suicidaire soit disponible à la grandeur de la province, et ce, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24;
- ▶ que les municipalités créent des lieux de loisirs et de rencontre pour les jeunes afin qu'ils puissent y nouer des liens sociaux et affectifs satisfaisants et enrichissants;

B. à propos du milieu scolaire :

- ▶ que l'école valorise l'effort et gratifie les réalisations des jeunes, peu importe leur nature; que les directions d'écoles consultent les élèves sur les choix d'activités;
- ▶ que l'école offre davantage d'activités permettant de développer les habiletés personnelles et sociales des jeunes de façon à ce qu'ils puissent faire face adéquatement aux problèmes de la vie et savoir où trouver de l'aide, quelle que soit la nature du problème qu'ils pourraient rencontrer; qu'on définisse une approche concertée à cet effet;
- ▶ que l'école et ses partenaires s'attaquent avec plus de vigueur, et dès le plus jeune âge, aux stéréotypes sexuels qui dictent par exemple aux garçons de garder leurs problèmes et leurs émotions pour eux et que le fait de chercher l'aide d'autrui constitue un signe de faiblesse;
- ▶ qu'on accroisse le dépistage des jeunes en difficultés en milieu scolaire et ailleurs et qu'on s'assure que des ressources d'aide puissent offrir à ces jeunes un suivi adéquat;

C. à propos de la recherche et de l'évaluation des activités de prévention :

- ▶ qu'on signale les approches de prévention inefficaces pour se tourner vers d'autres plus prometteuses. À cet effet, il faudrait accentuer la collaboration entre les intervenants sur le terrain et les chercheurs en formant des équipes multidisciplinaires de recherche. Dans cette optique, il serait bon que le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses partenaires offrent des subventions conditionnelles à l'utilisation de programmes efficaces mis en avant par une équipe multidisciplinaire. À l'échelle régionale, les subventions d'aide à l'action concertée offertes par les régies régionales de la santé devraient couvrir des projets de plus d'un an;
- ▶ que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales de la santé encouragent et subventionnent davantage de projets de recherche destinés à mesurer les effets des divers programmes ou mesures de prévention du suicide;

D. à propos de l'information et de la formation :

- ▶ qu'on établisse des normes minimales standard pour la formation des intervenants professionnels et des bénévoles;
- ▶ qu'on crée un réseau d'information et d'échanges pour les intervenants oeuvrant en prévention du suicide;
- ▶ qu'on sensibilise et qu'on forme à la prévention du suicide tous les intervenants en toxicomanie et ceux oeuvrant auprès de jeunes en difficultés, tels les psychoéducateurs, les éducateurs spécialisés, les policiers, les travailleurs sociaux et de rue, les agents de probation ainsi que les gardiens de prison;
- ▶ que les intervenants des centres de prévention du suicide soient davantage informés sur les symptômes associés aux maladies mentales et qu'ils soient formés pour en reconnaître les manifestations, de façon à ce que ces cas soient référés en psychiatrie;
- ▶ qu'on démystifie les maladies mentales et leurs liens avec les conduites suicidaires de façon à reconnaître qu'elles constituent un facteur de risque majeur dans la problématique suicidaire, mais que toute personne peut, à un moment de sa vie, souffrir d'un trouble mental sans pour autant qu'on se permette de la qualifier de « folle ».

2. Les intervenants du monde scolaire

2.1 Le monde scolaire et la prévention du suicide

La majeure partie des activités de prévention du suicide qui se déroulent en milieu scolaire est concentrée dans les écoles secondaires. On en trouve également dans quelques écoles primaires, certains cégeps et universités. Au dire des intervenants, les activités sont menées par le personnel professionnel de l'école (psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social), dans les cas où l'école en dispose bien sûr, le plus souvent avec la collaboration de personnes-ressources affectées partiellement à l'école par un CLSC ou encore d'intervenants d'un centre de prévention du suicide, lorsqu'il en existe un dans la région. Plus rarement, le leadership des actions de prévention du suicide est assumé par des conseillers de la commission scolaire. Dans plusieurs écoles secondaires, les actions de prévention ou de postvention du suicide ont été implantées à la suite du suicide ou de la tentative de suicide d'un élève survenue à l'école. Certaines de ces écoles se sont dotées d'un plan d'urgence suicidaire.

Selon les intervenants rencontrés, l'apport des ressources du CLSC ou du CPS se révèle très précieux dans l'élaboration des activités de prévention du suicide à l'école. En effet, d'une part, le personnel de l'école est en nombre insuffisant ou est peu formé pour mener les actions appropriées et, d'autre part, même si le personnel était formé pour agir adéquatement en cas de suicide d'un élève, le choc émotif que plusieurs ressentent à la suite d'un tel geste les empêche d'être à l'aise pour réagir adéquatement. Il est souligné également que le geste suicidaire d'un élève à l'école ébranle beaucoup les amis de ce dernier ainsi que ses compagnons et compagnes de classe et que les activités de postvention à l'école sont donc très importantes pour les consoler, les rassurer et diminuer le risque d'imitation ou de « contagion ».

La très grande majorité des actions de prévention du suicide rapportées par les intervenants consistent en des activités de sensibilisation, menées habituellement pendant la semaine nationale de prévention du suicide, en des séances d'information et de formation offertes aux élèves dans le cadre du programme de formation personnelle et sociale (FPS), ainsi qu'en des sessions de formation à l'intention du personnel de l'école concernant la procédure à suivre dans le cas où un élève poserait un geste suicidaire à l'école ou à l'extérieur de l'école. À propos des activités de sensibilisation, les intervenants mentionnent qu'elles ne se déroulent pas dans tous les établissements scolaires puisque certaines directions d'école se montrent peu intéressées par le sujet, soit parce qu'elles ne se sentent pas concernées par le problème (il n'y a jamais eu de geste suicidaire dans leur école) ou encore parce qu'elles craignent que le fait de tenir de telles activités donne l'impression que le problème du suicide est présent dans leur école.

Les groupes de pairs aidants. Dans l'optique de développer des ressources d'aide *pour des jeunes et par des jeunes*, plusieurs écoles ont mis sur pied des groupes de jeunes entraidents au cours des dernières années. La fondation JEVI de Sherbrooke a été

l'instigatrice du développement de ces groupes au Québec. Au dire des personnes engagées dans la mise sur pied de ces groupes, le milieu des écoles secondaires est le principal visé, quoique certains projets se soient développés dans des cégeps. Les intervenants ont souligné, à différents degrés, la valeur de tels groupes, mais aussi leurs limites et la difficulté de les maintenir opérationnels pendant plusieurs années. Quelques-uns de ces groupes s'occupent spécifiquement de la prévention du suicide, mais la plupart d'entre eux visent *l'entraide*, peu importe la nature du problème (toxicomanie, abus sexuel, violence, peine d'amour, conflit avec un enseignant, un ami ou avec un parent) qui se manifeste au sein de la communauté étudiante.

Dans les écoles secondaires, le recrutement des jeunes pairs aidants se fait de diverses façons. Certains animateurs de pastorale ou de vie étudiante lancent l'invitation à tous les élèves tandis que d'autres procèdent à des consultations afin de découvrir les jeunes auprès de qui la plupart des élèves se confieraient en cas de problème. Parfois on procède à une sélection afin d'écartier les jeunes qui éprouvent eux-mêmes des problèmes et qui se sentent attirés par ce genre d'appel. Les jeunes pairs aidants reçoivent d'abord une formation de quelques jours. Ensuite, ils tiennent des rencontres hebdomadaires avec les membres du personnel de l'école qui les soutiennent. Les adultes qui soutiennent ces groupes sont en majorité des animateurs de pastorale, des enseignants en FPS, des infirmières, des psychologues ou des travailleuses sociales de l'école ou du CLSC le plus proche.

La plupart des jeunes qui oeuvrent dans ces groupes et que le Conseil a rencontrés trouvaient leur expérience valorisante et enrichissante. Cependant, plusieurs ont avoué avoir été perturbés par les confidences suicidaires d'un copain ou d'une copine. L'intervention rapide provenant des adultes qui encadrent ces aidants devient alors extrêmement importante pour soulager ces jeunes du fardeau des confidences qui pèse sur leurs épaules. Certains intervenants ont exprimé leurs doutes quant à la portée réelle de leur groupe de pairs aidants au regard d'une diminution du nombre de gestes suicidaires dans leur école. Mais en dépit de ce doute, ils demeurent convaincus de l'utilité d'une telle expérience en raison de sa portée éducative et de son influence positive sur le climat à l'école.

Le personnel enseignant, non enseignant et la direction de l'école. Par ailleurs, plusieurs personnes considèrent que les enseignants constituent des « sentinelles » de choix pour le dépistage et la référence des élèves à risque de suicide. Cependant, dans la plupart des écoles visitées par le Conseil, les projets de prévention du suicide s'appuient sur un tout petit noyau de professionnels non enseignants ou enseignants qui se donnent corps et âme pour les élèves dans une foule de projets de toute nature. Selon plusieurs personnes rencontrées, ces intervenants fortement engagés risquent l'épuisement au bout d'un certain temps, surtout si leur travail n'est pas reconnu et valorisé par la direction de l'école. Le directeur ou la directrice d'école est d'ailleurs identifié comme la personne clef pouvant soutenir vigoureusement ce genre d'intervention ou, au contraire, fermer la porte aux activités de prévention du suicide.

Si certains intervenants ont reconnu les enseignants comme sentinelles de choix, d'autres ont plutôt exprimé l'avis qu'avec une clientèle adolescente, les élèves sont beaucoup mieux placés que les enseignants ou que les autres adultes de l'école pour repérer, aider ou référer ceux d'entre eux qui vivent une détresse psychologique importante. D'ailleurs, il est mentionné que, le plus souvent, ce sont les amis de l'élève en difficulté qui aident ce dernier à régler bien des problèmes, sans qu'aucun adulte ne s'en mêle. Toutefois, cette situation ne semble pas être celle qui prévaut du côté des jeunes qui ont peu d'amis, des garçons pour la plupart.

Les parents. Plusieurs intervenants en milieu scolaire identifient également les parents des élèves comme une cible importante pour des activités d'information et de sensibilisation au phénomène du suicide chez les jeunes. Dans quelques écoles, des soirées d'information sont donc offertes aux parents. Ailleurs, on profite de la soirée de présentation du personnel en début d'année ou de la remise des bulletins pour tenir un kiosque d'information et remettre des cartes faisant part des services d'aide disponibles à l'école et dans la communauté (CPS, CLSC).

2.2 Les difficultés ou les lacunes associées à la prévention du suicide

2.2.1 Des coupures budgétaires qui handicapent l'action

Les intervenants en milieu scolaire que le Conseil a rencontrés ont unanimement déploré les coupures budgétaires touchant les postes de professionnels affectés aux services aux élèves dans les écoles secondaires ainsi que les effets néfastes que ces coupures entraînent sur le plan de l'aide aux jeunes qui vivent des difficultés.

Non seulement, par suite des coupures décrétées par le gouvernement et effectuées par les commissions scolaires, les écoles doivent-elles restreindre leurs maigres services d'aide aux jeunes en difficultés mais, également, plusieurs CLSC retirent partiellement leurs intervenants des écoles parce qu'ils doivent, d'une part, eux-mêmes faire face aux coupures gouvernementales administrées par les régions régionales de la santé et, d'autre part, répondre aux besoins criants leur parvenant d'autres milieux. Parmi les personnes rencontrées par le Conseil, il s'en trouve pour dire que certains administrateurs de CLSC croient, à tort, que, s'ils retirent leurs professionnels des écoles, les jeunes viendront de toute façon au CLSC les rencontrer. De plus, ces mêmes intervenants en milieu scolaire affirment n'avoir presque plus le temps de faire de la prévention puisque les problèmes croissant des jeunes nécessitent plus d'interventions curatives que préventives. On ne traite que les cas les plus urgents, les autres doivent attendre. Comme le souligne une travailleuse sociale : « Mon travail se limite à un rôle de pompier qui doit éteindre seulement les feux les plus gros. Le travail de prévention a disparu. »

Certains estiment par exemple que, lorsqu'un psychologue en est rendu à ne travailler qu'une seule journée par semaine dans une polyvalente et que la période d'attente pour les élèves qui désirent le rencontrer atteint un mois, il devient quasi impossible de faire une intervention efficace. Une telle rareté des ressources risque de se traduire par une perte de temps et d'argent. Une faible présence et une intervention tardive risquent en effet de ne rien donner puisque la qualité de l'intervention est fortement tributaire de la qualité des liens qui se tissent entre l'intervenant et l'élève. Or, la confiance entre un jeune et un adulte tient d'un processus de mûrissement; la chimie ne s'opère que si les deux réactifs sont mis en contact suffisamment longtemps. Le processus d'aide aux élèves ne peut agir adéquatement avec des interventions clairsemées, à la va-vite.

Puisque l'aide aux jeunes en difficulté diminue de toutes parts et que, à l'inverse, les problèmes se font de plus en plus nombreux et aigus, plusieurs intervenants rencontrés déclarent qu'ils ne voient pas comment ils pourront prévenir davantage les gestes suicidaires dans l'avenir.

2.2.2 Une approche trop morcelée et peu ciblée des problèmes des jeunes et de leur prévention

La majorité des intervenants ont déploré l'approche fragmentaire ou morcelée de la prévention en milieu scolaire. De nombreuses personnes frappent à la porte de l'école avec leurs propres programmes de prévention. Suicide, violence, toxicomanie, abus sexuels et lutte aux trafiquants de drogues ne sont que quelques exemples des thèmes qu'une foule d'intervenants veulent aborder à l'école. Ainsi, plusieurs membres de directions d'école avouent se sentir débordés par toutes ces demandes ou ces préoccupations légitimes. Pour leur part, les jeunes faisant partie de groupes d'entraidents notent que, dans les classes, un grand nombre de personnes défilent devant eux pour leur dire quoi faire et surtout quoi ne pas faire, répétant souvent les mêmes choses qu'ils ont entendues en enseignement moral ou religieux, ou en formation personnelle et sociale. Plusieurs jeunes considèrent en outre que les problèmes dont il est question ne touchent qu'une très petite minorité d'entre eux et que c'est surtout à ces derniers que ces informations devraient être acheminées.

Plusieurs intervenants soulignent que l'approche préventive compartimentée par problème ne tient souvent pas compte du fait que les jeunes qui souffrent sont majoritairement affectés par plusieurs problèmes simultanément. Plusieurs professionnels rencontrés ont souligné le fait que les jeunes en difficulté sont trop souvent « disséqués » par problème spécifique, l'intervention tenant peu compte de la coexistence fréquente de plusieurs facteurs de risque (les intervenants en santé publique parlent alors de « comorbidité » des facteurs de risque). Ainsi, ce genre de prévention serait peu efficace puisqu'elle ne tient pas compte de toutes les variables et contraintes en cause.

Plusieurs intervenants ont déploré le fait que le volet santé du programme de formation personnelle et sociale, même s'il est assez bien fait pour contribuer à prévenir les jeunes contre les conduites suicidaires, comporte plusieurs failles. Par exemple, il est souligné que le programme de FPS souffre d'un manque de temps d'enseignement, d'une duplication de certains concepts avec d'autres matières, comme l'économie familiale ou l'éducation au choix de carrière, ainsi que d'un manque de formation, de préparation ou d'intérêt des enseignants qui dispensent le cours. On souligne également que, parfois, on tente de développer l'estime de soi dans le cours de FPS tandis que, dans un autre cours, dans la cour de l'école ou dans sa famille, l'élève se fera humilier. L'environnement social peut ainsi miner le travail effectué en FPS.

2.2.3 La faible participation du corps enseignant, des élèves masculins et des parents

Les intervenants en milieu scolaire soulignent que le corps professoral demeure encore à sensibiliser car, à l'exception de quelques écoles, la plupart des enseignants se montrent peu intéressés à tenir quelque rôle que ce soit, tant en prévention du suicide qu'au regard d'autres problèmes à caractère non pédagogique. Certains enseignants affirment même s'être fait dire que, pour une question d'image et de réputation de l'établissement, leur unique tâche consistait à enseigner leur matière de façon à ce que le maximum d'élèves obtiennent de bonnes notes aux épreuves ministérielles.

La plupart des intervenants rencontrés ont souligné la faible participation des garçons aux activités de sensibilisation et aux groupes de pairs aidants. L'intérêt et la participation des garçons semblent meilleurs lorsqu'on invite ces derniers à réaliser des activités de sensibilisation qui prennent la forme de pièces de théâtre, de concerts, de concours de dessin ou de poésie. Il s'agit d'activités qui diffèrent des habituelles présentations et discussions en classe. Selon les intervenants, les garçons sont davantage attirés par des activités où, à l'instar des sports d'équipe, chacun tient un rôle actif dans un projet commun visant un objectif clair.

Les intervenants qui ont organisé des activités de sensibilisation à la prévention du suicide à l'intention des parents déplorent la faible participation de ces derniers et soulignent que ceux qui participent sont souvent ceux qui manifestent déjà une certaine connaissance du sujet et qui sont à l'écoute de leur enfant. Les parents des élèves à risque de suicide demeurent généralement absents, certains parce qu'ils vivent eux-mêmes des problèmes de santé mentale. **Selon les intervenants, informer et sensibiliser les parents des jeunes en difficulté représente un des principaux défis à relever en prévention du suicide.**

Plusieurs intervenants ont souligné que le thème du suicide fait encore peur à bien des gens, qu'ils soient élèves, enseignants, directeurs d'école ou parents. Au dire de certains enseignants, mêmes les jeunes leur reprochent de n'aborder que des problèmes graves et de ne leur parler que des choses à ne pas faire. Après avoir abordé pendant quelques

années le thème du suicide, et ayant constaté une certaine ambiguïté dans la réponse des jeunes et des adultes, plusieurs intervenants disent avoir réorienté leur stratégie de prévention du suicide en exploitant plutôt le renforcement des éléments de protection de l'individu, en développant chez les jeunes le goût de vivre, l'estime de soi, la capacité de gérer les peines et les conflits, de communiquer leurs émotions, d'être à l'écoute de ceux qui ont des difficultés et de les orienter vers des services d'aide. Les personnes rencontrées précisent que la question du suicide n'est pas évacuée, mais plutôt traitée comme l'un des sujets d'application et non plus comme objet principal ou exclusif de l'intervention.

2.2.4 Les particularités associées à la prévention en milieu autochtone

La perception de l'ampleur des problèmes potentiellement suicidogènes vécus dans les communautés autochtones varie quelque peu selon les intervenants rencontrés. Ces derniers s'entendent cependant pour dire que le taux de suicide est particulièrement élevé dans ces communautés et que d'autres problèmes accompagnent cette réalité, dont la toxicomanie pour n'en nommer qu'un. Aux facteurs de risque habituels du suicide s'ajoutent les problèmes d'identité et de conflits de cultures et de valeurs. Les jeunes se sentent déchirés entre, d'un côté, leurs valeurs et leur culture traditionnelle et, d'un autre côté, celles des non-autochtones qui les entourent. Les intervenants notent qu'à leur avis, les problèmes d'abus et d'idéations suicidaires se manifestent plus tôt chez les jeunes de la communauté autochtone que chez les non-autochtones. À titre d'exemple, un intervenant mentionne le cas d'un enfant de 8 ans ayant manifesté l'intention de se suicider. Le réseau social étant tissé serré dans ces communautés, lorsque survient un suicide, l'événement affecte toute une partie de la communauté. Le sujet est donc abordé dans la plupart des familles et les enfants entendent leurs parents en parler davantage qu'ailleurs.

Par ailleurs, il est souligné que les services sociaux de la communauté sont dépassés par l'ampleur des problèmes ou des cas qui leur sont rapportés. Les services spécialisés d'aide aux jeunes comme les psychologues n'assurent souvent qu'une présence partielle dans les communautés et ne peuvent donc répondre aux besoins. Les services d'aide et de référence à l'école paraissent, plus qu'ailleurs encore, essentiels.

L'intervention des professionnels se bute parfois au mutisme et à l'absence de collaboration des familles de la communauté. Étant donné la cohabitation fréquente des grands-parents ainsi que d'oncles ou de tantes au sein de la cellule familiale, les intervenants soulignent l'influence et l'emprise particulières de la famille au sens étendue dans ces communautés. Ne se mêle pas des affaires de la famille qui veut. De plus, est cité un cas où le projet de prévention s'est heurté au refus du conseil de bande, au sein duquel siégeait une personne impliquée dans les problèmes de ses enfants et qui n'était visiblement pas intéressée à ce qu'on encourage la divulgation des actes posés ou des problèmes vécus dans sa famille. L'intervention et la prévention représentent

donc des entreprises fort délicates à mener. Les intervenants soulignent au passage le fait qu'ils ne disposent pas de matériel de promotion de la santé ou de prévention du suicide adaptés à leur communauté. L'approche préventive est lente puisque plusieurs adultes demeurent méfiants. Cependant, on note une plus grande ouverture des jeunes adultes qui, progressivement, succèdent à leurs aînés dans les postes de décision de la communauté.

Par ailleurs, certaines des communautés autochtones sont situées loin des ressources du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui ne facilite pas la référence rapide des cas ni le suivi des interventions auprès des jeunes concernés.

Selon les intervenants, des groupes de pairs aidants commencent à se former dans les écoles et déjà on donne une formation en prévention du suicide à certaines personnes clés de la communauté, comme les policiers et les infirmières.

Les intervenants ont mentionné également le fait que les jeunes filles autochtones viennent souvent d'elles-mêmes confier leurs problèmes tandis que les jeunes hommes manifestent souvent un mutisme complet. Selon eux, l'éducation devra se faire petit à petit, lentement, mais sûrement.

2.3 Les pistes d'actions prioritaires

Selon la plupart des intervenants scolaires rencontrés, la prévention doit débiter dès le début du primaire et toucher prioritairement le développement des habiletés personnelles et sociales du jeune, de manière à augmenter sa capacité de faire face au stress, aux problèmes, aux conflits et aux ruptures. Les intervenants soulignent que les ruptures amoureuses et les conflits avec les parents constituent les principaux problèmes des adolescents qui manifestent des idées ou des comportements suicidaires.

La presque totalité des intervenants préconisent donc l'adoption d'une approche globale et intégrée en matière de prévention, une approche basée d'abord et avant tout sur la promotion de la santé, c'est-à-dire le développement de connaissances et d'habiletés personnelles et sociales permettant l'estime de soi, la capacité de solutionner les problèmes, de gérer le stress de façon adéquate, de communiquer ses émotions et de savoir où obtenir une aide appropriée. Ensuite, cette approche peut être enrichie d'informations propres aux différents problèmes énumérés plus haut. D'ailleurs, ces sujets ou thèmes pourraient être choisis par les élèves eux-mêmes.

Certains intervenants insistent pour dire que les compétences personnelles et sociales à acquérir doivent non seulement être enseignées dans un programme comme tel, mais également être vécues par les jeunes en se prolongeant dans les valeurs véhiculées par l'école et dans ses activités. Par exemple, pour développer l'estime de soi, l'école doit valoriser les efforts consentis par les élèves et non seulement leur rendement. Les enseignants et les élèves doivent éviter toute parole blessante ou humiliante pour les uns

Conseil permanent de la jeunesse

et les autres. L'école doit reconnaître et valoriser la diversité des aptitudes et des talents en accordant du mérite à l'engagement des élèves et en soulignant leur réussite, que ce soit sur les plans scolaire, sportif, culturel, artistique ou social.

Les actions de prévention doivent inclure des actions auprès des parents ainsi qu'auprès de tous les adultes, en particulier de ceux qui sont en contact avec des jeunes en difficulté, par exemple les enseignants du programme de cheminement particulier ainsi que ceux des écoles de « raccrochage ». De plus, on doit former les adultes qui n'ont pas de rapports d'autorité directs avec les jeunes et qui, souvent, établissent des liens de confiance avec ces derniers, par exemple, les animateurs de vie étudiante, les techniciens en loisirs, les animateurs de pastorale, les surveillants et les concierges. Il est également suggéré :

- ▶ qu'une tournée des classes soit effectuée à tous les débuts d'année scolaire afin que les personnes-ressources présentent leurs services de même que les lieux où les jeunes peuvent les rencontrer ou les autres moyens anonymes et confidentiels de communiquer avec elles;
- ▶ que l'école offre aussi aux garçons des modèles masculins d'entraide, d'ouverture aux problèmes d'autrui et de capacité à confier ses émotions ou ses problèmes et à chercher de l'aide;
- ▶ qu'on rassure les adolescents au chapitre des questionnements sur l'orientation sexuelle et qu'on dédramatise l'homosexualité;
- ▶ qu'on invite les garçons à ne pas accumuler les problèmes et les difficultés avant de chercher de l'aide, de manière à ce qu'ils ne se tournent pas vers des moyens inadéquats, comme la drogue ou la violence, pour fuir leur problème, leur frustration ou leur peine, ou encore qu'ils en arrivent à poser un geste désespéré;
- ▶ que l'approche et les actions en prévention du suicide tiennent compte des différences de culture entre les milieux ruraux et les grands centres urbains. En milieu rural, les valeurs sont souvent demeurées plus conservatrices; aussi faut-il en tenir compte dans la façon d'aborder la question;
- ▶ que le gouvernement ou les régies régionales de la santé prévoient des enveloppes budgétaires destinées spécialement aux intervenants des écoles et réservées exclusivement à des activités de promotion et de prévention, de façon à éviter que les commissions scolaires ou les conseils d'administration des CLSC ne détournent les sommes vers le curatif;
- ▶ que le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et les directions d'école favorisent la création de groupes de pairs aidants dans les écoles secondaires, afin d'offrir un soutien aux jeunes en difficulté, peu importe le type de problème qu'ils rencontrent. Il importe que les jeunes qui s'engagent dans ces groupes soient

valorisés, que leur implication soit créditée et qu'ils soient appuyés de près par la direction de l'école, par les membres du personnel ainsi que par les organismes communautaires et ceux du réseau de la santé et des services sociaux; qu'on veille à promouvoir le rôle de pair aidant particulièrement auprès des garçons; que ces jeunes créent des activités particulières pour tous les jeunes qui ont peu d'amis, sont isolés ou sont stigmatisés par les autres, comme le mentionne une intervenante : « Même aujourd'hui, à l'ère de la communication et d'Internet, beaucoup de jeunes souffrent d'isolement et de solitude »;

- ▶ qu'on sensibilise le personnel de l'école au fait que la relation d'aide est une question de relation humaine et qu'elle peut s'exercer de façon simple dans les relations quotidiennes avec les élèves; que l'aide n'appartient pas qu'aux seuls spécialistes;
- ▶ que l'école crée des occasions et des lieux où les jeunes puissent s'exprimer ouvertement, de vive voix, par écrit ou par une autre forme d'expression (artistique par exemple);
- ▶ que lorsqu'un jeune est admis à l'urgence d'un hôpital pour tentative de suicide, sur permission des parents, un responsable de son école soit avisé, de façon à exercer un certain suivi auprès de ce jeune; il faudrait que le médecin ayant traité le jeune à l'hôpital mandate quelqu'un pour signaler le cas à la direction de l'école ou à une intervenante du CLSC qui travaille à cette école.

3. Les intervenants des maisons de jeunes

3.1 Les maisons de jeunes et la prévention du suicide

Les maisons de jeunes sont des organismes communautaires présents à peu près partout au Québec. On en dénombre environ 270, dont le quart fait partie du Regroupement des maisons de jeunes du Québec. La clientèle principale de ces organismes est constituée d'adolescents et d'adolescentes âgés de 12 à 17 ans. Les maisons de jeunes sont généralement situées en des endroits facilement accessibles pour les jeunes. De jeunes adultes, souvent diplômés en travail social ou en psychologie, y travaillent à l'accueil des adolescents, à l'organisation d'activités de loisirs diverses destinées à favoriser l'écoute, l'échange, l'engagement, l'information, la sensibilisation à différentes causes ou problèmes, la prévention et l'aide à des jeunes vivant diverses difficultés.

Au dire des intervenants rencontrés, même si la clientèle se recrute parmi toutes les classes sociales, plusieurs des jeunes qui fréquentent ces organismes viennent de milieu défavorisé et sont issus de familles éclatées. Certains sont suivis par un psychoéducateur ou un psychologue. Les conflits avec les parents sont chose courante et, selon les intervenants, une partie de leur travail consiste à rapprocher les jeunes de leur famille. Puisqu'un certain nombre de ces derniers vivent une détresse psychologique,

les intervenants tentent de leur tisser un réseau social. Ils forment aussi des jeunes sentinelles qui pourront référer à l'organisme d'autres jeunes qui vivent une situation difficile pouvant entraîner un geste suicidaire.

Les intervenants que le Conseil a rencontrés ont reçu une formation en prévention du suicide de l'organisme Suicide-Action Montréal. Ils déclarent se sentir relativement à l'aise pour intervenir auprès de jeunes qui manifestent des tendances suicidaires. Lorsqu'ils sentent qu'ils ne sont pas en mesure d'améliorer l'état psychologique du jeune, ils le réfèrent à des intervenants du réseau de la santé, par exemple, à un psychologue du CLSC ou à un psychiatre en qui ils ont confiance.

Selon les animateurs des maisons de jeunes, les tables de concertation jeunesse qui ont été mises sur pied dans plusieurs communautés constituent un lieu privilégié pour d'établir des ponts et faciliter la collaboration entre les intervenants de divers milieux et de différente formation oeuvrant auprès des jeunes. En plus des échanges enrichissants, ces liens permettent l'organisation d'activités en concertation et permettent de pouvoir compter sur d'autres intervenants pour référer des cas particuliers. Il est mentionné que, souvent, si l'intervenant de la maison de jeunes considère que l'état d'un jeune est suffisamment préoccupant et qu'il ne peut résorber une crise ou les idéations suicidaires, il ira lui-même reconduire le jeune au bureau d'un psychologue ou d'un pédopsychiatre.

3.2 Les difficultés ou les lacunes associées à la prévention du suicide

L'une des principales difficultés rencontrées dans le travail des intervenants est de parvenir à ce que les jeunes aux prises avec un problème grave, ou perçu comme étant grave par l'adolescent, s'ouvrent à eux et communiquent leur problème ou leur détresse de façon à permettre l'établissement d'une relation d'aide. Les personnes rencontrées considèrent en effet l'isolement des jeunes comme un facteur de risque important dans le problème du suicide. Ce constat renforce, selon eux, la nécessité de nouer des liens satisfaisants avec ces jeunes pour que ces derniers acceptent de confier leur détresse aux intervenants. La tâche est ardue, d'autant plus que ces jeunes ont souvent une faible estime d'eux-mêmes.

À propos du problème de non-communication des émotions et des problèmes qui touchent d'une façon particulière les garçons dans le processus suicidaire, les intervenants soulignent que les stéréotypes sexuels demeurent très forts au sein de leur clientèle et qu'ils sont entretenus par les téléseries, la publicité, les vidéoclips et les familles. Les stéréotypes sexuels paraissent encore plus enracinés et accentués dans les milieux socio-économiques défavorisés.

Par ailleurs, l'orientation sexuelle de plusieurs jeunes est une source de conflit importante. Ne serait-ce que sur le plan de l'image publique, on note qu'il est considéré normal de voir deux filles ensemble mais non de voir deux garçons ensemble. Le

problème des « gangs » est également présent. Il se manifeste, par exemple, lorsque les jeunes les plus faibles, surnommés les « Jell'O », se laissent entraîner par les autres et se soumettent à des traitements humiliants ou participent à des activités délinquantes auxquelles ils ne se prêteraient pas autrement. Une intervenante souligne le fait qu'il est particulièrement difficile d'empêcher un tel phénomène, à un âge où les jeunes ressentent un besoin criant de plaire, de socialiser avec leurs pairs.

La participation des parents demeure en outre difficile en dépit de plusieurs initiatives mises en avant par le personnel des maisons de jeunes. La plupart des parents ne participent pas aux activités; ce sont ceux dont les enfants n'ont pas de problèmes qui participent et s'impliquent. Dans les quartiers défavorisés, ils ont d'ailleurs souvent plus de problèmes que leur enfant et c'est même ce dernier qui doit les soutenir, ce qui pèse lourd sur ses épaules.

Les intervenants ont également soulevé le fait qu'actuellement, les adolescents sont tellement ciblés par les messages de prévention qui s'adressent à eux que certains jeunes croient que, s'ils n'ont pas de problème, ils courent le risque que personne ne s'intéresse à eux.

3.3 Les pistes d'actions prioritaires

Selon les personnes rencontrées, la meilleure façon de prévenir le suicide, c'est d'abord d'être présent auprès des jeunes. En effet, les problèmes de ces derniers viennent souvent d'un manque de présence et d'écoute de la part d'adultes significatifs. En plus de cette présence d'un adulte signifiant, les intervenants estiment primordial d'offrir aux jeunes des défis, des projets ou des activités leur permettant de se développer et de prendre confiance en eux. Comme le résume une intervenante :

« Pour lutter contre les gestes suicidaires, oublions les dépliants d'information, les vidéos et mettons sur pied des activités où les jeunes peuvent participer activement, des activités où ils se sentiront valorisés, par exemple, un concours de poésie ou autre création, une pièce de théâtre interactive, des activités où on facilitera l'expression des sentiments, des problèmes; créons des occasions de nouer des liens significatifs entre des jeunes et des adultes. Passons du concept de prévention du suicide à celui de la joie de vivre. »

Pour renforcer l'estime de soi, les intervenants misent sur l'exploitation de la créativité en faisant participer les jeunes à des projets mis sur pied par eux. D'ailleurs, les intervenants rencontrés insistent tous sur le fait que, dans la prévention du suicide comme des autres problèmes, il faut équiper les jeunes pour qu'ils puissent faire face aux difficultés en développant des habiletés personnelles et sociales, comme l'estime de soi, l'esprit d'entraide, la résolution de problèmes, la gestion de conflits, la communication de ses émotions et la recherche d'aide.

Selon les personnes rencontrées, il faut aussi développer l'entraide par les pairs puisque les adolescents confient d'abord et surtout leurs problèmes à leurs amis. Selon eux, les jeunes reconnaissent assez bien les signes de détresse et réalisent l'importance d'aller chercher de l'aide pour leur amie ou ami. Ils sont conscients que le pacte du secret doit être brisé lorsque la vie d'un ami est en jeu. Pour prévenir le suicide, il importe également de sensibiliser et de former tous les adultes qui font partie du réseau social de ces jeunes afin qu'ils puissent reconnaître les signes d'une détresse psychologique grave et les aider avant qu'ils en viennent à commettre un geste désespéré.

Face à la question de la surmortalité importante des garçons, les intervenants ont souligné l'importance de travailler sans relâche à modifier les stéréotypes sexuels faisant en sorte que les garçons confient peu leurs problèmes et ne demandent pas d'aide. Du même souffle, les intervenants précisent qu'on réussira à changer les comportements seulement lorsqu'une action concertée de l'école, des publicitaires et des médias sera entreprise afin d'éliminer ces stéréotypes.

Par ailleurs, les intervenants en maison de jeunes considèrent important de recevoir eux-mêmes une bonne formation en prévention du suicide, car, entre autres, lorsque survient le suicide d'un jeune, ils doivent faire de la prévention auprès de ses pairs qui réagissent fortement et dont certains concluent même que le suicide constitue une solution tout à fait envisageable lorsqu'on a des problèmes.

4. Les intervenants en psychiatrie

4.1 La psychiatrie et la prévention du suicide

Les psychiatres sont des médecins détenant une formation spécialisée dans le traitement des maladies mentales. Leurs services sont offerts dans la plupart des grands hôpitaux du Québec, quelques hôpitaux seulement étant spécialisés en psychiatrie, par exemple, l'hôpital Louis-H.-Lafontaine à Montréal et l'hôpital Robert-Giffard à Québec. Les services de psychiatrie ne sont pas offerts à titre de spécialité dans d'autres types d'établissements du réseau de la santé, dont les CLSC par exemple. À l'heure actuelle, ils font même défaut dans certaines régions éloignées, par exemple, sur la Côte-Nord et en Gaspésie. Dans certaines régions, ces services sont offerts sur une base intermittente par des psychiatres itinérants. On sait que la psychiatrie est l'une des rares spécialités médicales où il existe encore une pénurie d'intervenants, particulièrement à l'extérieur des grands centres urbains.

En plus de traiter les personnes aux prises avec des troubles de la santé mentale, les psychiatres et pédopsychiatres évaluent l'état d'un bon nombre de jeunes suicidaires accueillis dans les urgences des hôpitaux, à la suite d'une tentative de suicide. Les jeunes suicidaires ou ceux atteints de troubles mentaux comptant parmi les personnes les plus à risque de suicide, les services psychiatriques pourraient donc jouer un rôle

important dans une stratégie de prévention du suicide. Toutefois, actuellement, une majorité de jeunes suicidaires ne sont ni dépistés ni référés en psychiatrie.

En fait, selon les enquêtes, les suicidaires consultent beaucoup plus souvent un médecin omnipraticien qu'un psychiatre dans les mois ou les semaines précédant leur suicide. Certains psychiatres rencontrés soulignent même que bon nombre de personnes suicidaires consultent les omnipraticiens la plupart du temps pour un problème de santé physique ou psychosomatique. Les troubles de santé mentale et les idéations suicidaires demeurent rarement confiés ouvertement au médecin. Encore faut-il que les jeunes suicidaires consultent leur médecin de famille, ce qui n'est pas chose courante, surtout chez les jeunes hommes, ceux-là mêmes qui sont les plus à risque. En effet, on sait que ce sont les femmes qui se confient plus facilement et manifestent moins de réserve face à l'éventualité de consulter un psychiatre.

Un rare cas de collaboration entre un psychiatre et un milieu scolaire a été porté à la connaissance du Conseil. Il s'agit de celui d'un psychiatre de l'hôpital Montréal Sick Children qui se rend dans des écoles de la commission scolaire Lakeshore pour y rencontrer les jeunes et des parents ainsi que pour offrir une formation en prévention du suicide aux intervenants en milieu scolaire.

4.2 Les difficultés ou les lacunes associées à la prévention du suicide

Selon les psychiatres et pédopsychiatres rencontrés, l'un des premiers problèmes auquel se bute la prévention du suicide chez les jeunes est la négation par beaucoup de gens de la présence de maladie mentale chez les jeunes qui se suicident. Les liens entre le suicide et certains troubles comme la dépression grave sont pourtant confirmés par une foule d'études, mais la plupart des gens ne pensent pas ou refusent d'envisager qu'un problème de santé mentale soit en cause lorsqu'un jeune manifeste une attitude ou un comportement suicidaires. Les parents de ces jeunes reconnaissent rarement les signes précurseurs d'un geste suicidaire. Malgré des paroles ou des gestes révélateurs et des changements de comportement inquiétants et rapides, la plupart des parents associent tout à la crise d'adolescence et ne réagissent pas devant ces signes. Ils sont convaincus que « ça va passer ».

D'une part, la présence et les manifestations de ces troubles demeurent mal connus de la population et de la plupart des intervenants, qu'ils soient médecins généralistes ou intervenants sociaux. D'autre part, la maladie mentale souffre encore d'un préjugé ou d'une fausse conception solidement ancrée dans l'esprit des gens, à savoir qu'avoir une maladie mentale, c'est « être fou ». Par conséquent, même des personnes qui sentent une grande détresse psychologique n'iront pas consulter un psychiatre, à plus forte raison quand elles sont jeunes. Souvent, lorsqu'un intervenant de l'école ou du CLSC recommande à un jeune de consulter le psychiatre, celui-ci refuse ou ne se présente pas à son rendez-vous. La prévention du suicide se heurte donc à la méconnaissance et aux préjugés entourant la maladie mentale et la psychiatrie.

Par ailleurs, les psychiatres soulignent que, contrairement à ce qu'on voit chez les adultes, les maladies affectives se présentent souvent de façon brutale chez l'adolescent et que, souvent, la famille ne réagit pas assez vite, devant certains signes comme une baisse soudaine des résultats scolaires du jeune. Souvent, l'adolescent lui-même ne sait pas ce qui lui arrive et il a peur de devenir fou. **La rupture soudaine des relations entre un adolescent et ses parents laisse aussi souvent présager un problème et doit être prise au sérieux.** Il est mentionné que 80 % des adolescents suicidaires référés en psychiatrie s'avèrent des cas de faible gravité et sont retournés chez eux. Il s'agit généralement de jeunes qui ont parlé de se suicider. Or, selon certains psychiatres, ce ne sont pas ceux-là qui sont les plus à risque de poser un geste fatal.

La concertation et la collaboration entre les psychiatres et les autres personnes-ressources qui oeuvrent en prévention du suicide est faible. Les intervenants du secteur communautaire réfèrent peu de jeunes en psychiatrie et les psychiatres réfèrent peu de patients suicidaires aux organismes communautaires, même lorsqu'ils ne demandent qu'un minimum de suivi après leur séjour à l'hôpital. Selon les psychiatres rencontrés, le problème tient davantage à la méconnaissance mutuelle, bien qu'il semble exister une certaine méfiance à l'égard des psychiatres dans les organismes communautaires. D'un autre côté, on se demande si certains médecins hésitent à référer leurs patients aux intervenants des centres de prévention du suicide pour des raisons de responsabilité professionnelle.

Quelques psychiatres font remarquer que la référence d'une personne suicidaire se fait souvent du CLSC vers l'unité psychiatrique. Trop rarement un patient est référé au CLSC pour un certain suivi dans les semaines qui suivent sa tentative de suicide. Il faut ajouter que, malheureusement, plusieurs CLSC n'offrent pas de programme de santé mentale.

Il est également mentionné que le dépistage des jeunes suicidaires est une entreprise difficile puisque les facteurs de risque du suicide sont nombreux et peu spécifiques. Il demeure par conséquent problématique de miser sur une telle stratégie, même pour un médecin généraliste. Lorsqu'un problème psychologique grave ou un comportement très inhabituel et inquiétant se manifeste chez un jeune, on devrait référer sans tarder le cas au psychiatre qui verra à écarter la possibilité qu'on ait affaire à un trouble mental grave. Le fait que la maladie affective se présente souvent de façon brutale chez l'adolescent laisse cependant peu de temps à la famille pour reconnaître le problème et réagir. De plus, le diagnostic de trouble mental est beaucoup plus difficile à établir chez les adolescents que chez les adultes. Les intervenants reconnaissent en outre que les interventions médicales traditionnelles s'avèrent parfois moins efficaces chez les adolescents que chez les jeunes adultes. L'efficacité des traitements s'améliore lorsque les jeunes atteignent 17-18 ans.

En ce qui concerne l'enseignement et la recherche universitaire, plusieurs psychiatres rencontrés ont émis l'avis que les différentes formations universitaires sont trop hermétiques, alors que les diplômés de différentes facultés travailleront pourtant auprès

de la même clientèle. Cela aura pour conséquence que chacun pourra avoir une grille d'analyse différente. Dans le même ordre d'idées, d'autres considèrent que la recherche universitaire est aussi trop compartimentée ou hermétique.

Sur un autre plan, certains psychiatres déplorent le fait qu'actuellement, la réforme de la santé et des services sociaux n'aide pas du tout à combler le fossé qui se creuse entre les organismes communautaires voués à la prévention et les ressources institutionnelles. Dans le contexte actuel des compressions budgétaires majeures affectant tout le réseau de la santé et des services sociaux, la tentation peut être forte pour certains organismes de se replier sur eux-mêmes afin de tenter de protéger leur champ d'intervention propre et le budget qui lui est rattaché.

Au chapitre de la surmortalité masculine, les psychiatres rencontrés disent qu'il est difficile de s'attaquer au problème de la faible utilisation des ressources par les hommes. Comme le souligne un psychiatre : « Les gars, lorsqu'ils ont un problème avec leur char, ils savent quoi faire et où obtenir de l'aide. Mais lorsqu'il s'agit de leurs problèmes psycho-affectifs, ils sont complètement démunis. »

L'un des intervenants mentionne qu'en milieu scolaire, les enseignants manquent de sensibilisation à l'égard des garçons qui présentent des troubles du comportement. Ce sont pourtant des jeunes qui ont grandement besoin d'aide et non pas de punition. Il s'agit d'une clientèle à risque élevé de suicide.

4.3 Les pistes d'action prioritaires

La plupart des psychiatres rencontrés estiment que les médecins omnipraticiens sont dans une situation privilégiée pour le dépistage et la référence des personnes présentant des symptômes d'un trouble de santé mentale ou un risque suicidaire. Pour mieux les sensibiliser, l'Association des psychiatres du Québec a d'ailleurs récemment commencé à offrir un programme de formation sur la dépression aux médecins de plusieurs régions du Québec. Il s'agit d'un premier pas. Certains sont d'avis que cette formation devrait également être offerte aux intervenants des centres de prévention du suicide et à certains professionnels oeuvrant en milieu scolaire ou en CLSC, tels les psychologues, les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs et les éducateurs spécialisés. En fait, le degré de connaissance des divers intervenants oeuvrant auprès de jeunes en difficulté devrait être uniformisé, de façon à ce que chacun intervienne dans son champ de compétence et réfère au besoin.

La formation universitaire des médecins omnipraticiens devrait également être enrichie en ce qui a trait aux troubles de la santé mentale. De plus, des ponts devraient être jetés entre les facultés universitaires dont les diplômés travailleront auprès des mêmes clientèles. On cite l'exemple de l'Université de Montréal qui offre un programme de doctorat en sciences humaines appliquées dont le suicide pourrait constituer l'un des thèmes d'étude. Dans la même foulée, certaines recherches universitaires pourraient

faire l'objet d'un financement conjoint par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Conseil québécois de recherche sociale (CQRS) puisque le problème du suicide met en jeu des facteurs bio-psycho-sociaux.

Plusieurs psychiatres rencontrés estiment important que le gouvernement facilite le financement de projets de recherche conjoints, impliquant des organismes communautaires comme les CPS et des universités ou des centres de recherches. Cela favoriserait un rapprochement de ces milieux et une recherche appliquée aux besoins ressentis sur le terrain.

Selon les personnes rencontrées, il y aurait également lieu de créer des projets communs et d'offrir des guichets uniques de services aux jeunes en difficultés. Il y a certainement place pour l'intervention de chacun dans le respect des compétences respectives. Quelques-uns des spécialistes rencontrés ont de plus mentionné que la référence de certains patients suicidaires au CPS local se ferait peut-être plus facilement si le psychiatre avait l'assurance que des psychologues de formation y prennent en charge le suivi des patients. Les jeunes suicidaires dont la situation ne nécessite pas qu'ils soient gardés en psychiatrie (la majorité des cas) devraient pouvoir bénéficier d'un minimum de suivi offert par le personnel du CLSC de leur localité.

Afin de stimuler une plus grande concertation des intervenants des différents réseaux, une volonté politique réelle et un leadership sur les plans provincial et régional apparaissent essentiels. Le ministre de la Santé pourrait par exemple créer ou désigner un organisme provincial ayant pour mandat de coordonner, à tous les échelons, les efforts de prévention du suicide.

Les psychiatres considèrent important pour une meilleure prévention, non seulement du suicide mais aussi des autres problèmes associés à la maladie mentale, que les parents, les intervenants en milieu scolaire et les travailleurs sociaux puissent apprendre à reconnaître chez les jeunes les symptômes de la dépression, des troubles d'attention et d'impulsivité. Selon eux, il faut aussi s'attaquer résolument aux mythes entourant la maladie mentale et le suicide. Dans cette entreprise, il faut viser, entre autres, les parents qui, trop souvent, tendent à minimiser les problèmes de leur enfant en croyant qu'ils sont dus à l'adolescence et que « ça va passer ». Il importe aussi d'enseigner aux professeurs et aux autres adultes en contact avec les jeunes les signes avant-coureurs du suicide, les symptômes de la détresse psychologique et de la dépression. Pour sensibiliser davantage les médecins omnipraticiens, les intervenants en milieu scolaire, les parents et les jeunes, il est suggéré d'avoir recours aux témoignages de jeunes suicidaires qui s'en sont sortis.

Selon les personnes rencontrées, il faut aussi accroître la promotion de la santé mentale chez les jeunes, et ce, dès l'école primaire. La capacité de faire face adéquatement aux stress ou aux problèmes qui se présentent dans la vie constitue un rempart contre la conduite suicidaire. En étant bien préparé, le jeune confronté à des difficultés

importantes se tournera davantage vers des solutions plus adéquates que celle de s'enlever la vie.

Il faut également travailler à changer progressivement les valeurs et les stéréotypes masculins. Il est impératif d'encourager les jeunes hommes à demander de l'aide lorsqu'ils éprouvent une détresse psychologique, du désespoir. À cet effet, l'école devrait jouer un rôle de premier plan.

Quelques psychiatres ont exprimé l'avis que certains services de psychiatrie devraient être rendus accessibles ailleurs que dans un centre hospitalier, c'est-à-dire dans des milieux plus près des jeunes. Cependant, cette vision n'est pas partagée par d'autres collègues qui considèrent qu'au titre de spécialité, la psychiatrie doit demeurer concentrée dans des unités spécialisées, en milieu hospitalier.

En résumé

La consultation menée par le Conseil a permis de déterminer un certain nombre d'éléments ayant recueilli un certain consensus auprès des divers types d'intervenants rencontrés.

Premièrement, l'importance de mieux connaître le phénomène du suicide et les effets de la prévention. Les intervenants ont souligné à la fois la complexité du problème du suicide et la méconnaissance des effets concrets des programmes et mesures de prévention utilisés à l'heure actuelle. Il est souligné qu'on doit absolument faire progresser l'état des connaissances, notamment par des recherches rigoureuses évaluant l'influence des activités de prévention comme les mesures de promotion de la santé, de sensibilisation ou d'information, ou encore le traitement des personnes suicidaires. Les intervenants sont d'avis que les résultats de telles recherches permettront sans aucun doute d'améliorer leur intervention.

Deuxièmement, l'importance de mieux outiller les jeunes pour faire face aux problèmes. Les intervenants croient à l'importance d'outiller les jeunes dès le plus jeune âge pour mieux faire face aux stress et aux problèmes auxquels ils sont confrontés à un moment ou à un autre de leur vie. L'on vise particulièrement l'acquisition de connaissances et d'habiletés permettant au jeune de chercher et de trouver des solutions adéquates aux problèmes, au fur et à mesure que ces derniers se présentent, de façon à éviter une accumulation de problèmes. Parmi ces « compétences », on mentionne le développement de l'estime de soi, de la capacité de résoudre des problèmes socio-affectifs, de gérer des conflits interpersonnels et de rechercher l'aide d'autrui en cas de besoin. Devant la surmortalité importante des garçons, les intervenants ont souligné l'importance cruciale de travailler davantage à éliminer les stéréotypes masculins faisant en sorte que les jeunes hommes n'expriment pas leurs émotions, ne confient pas leurs problèmes ou leur détresse et s'entêtent à tenter de régler seuls leurs problèmes, même si ces derniers les dépassent.

Troisièmement, l'importance d'une meilleure concertation des ressources et des efforts actuels de prévention du suicide. La prévention du suicide souffre, sur le plan provincial, d'un manque de leadership ou de volonté politique et, sur le plan régional, d'un manque de concertation des ressources à l'intérieur même des réseaux du milieu communautaire, de l'éducation ou de la santé et services sociaux, ainsi que d'un manque de concertation entre tous ces réseaux.

Sur la scène provinciale, la volonté politique de prévention du suicide doit s'exprimer plus clairement et concrètement par l'adoption d'une politique sur le sujet ou, à tout le moins, par la désignation d'une personne imputable, d'un organisme responsable de mener à bien cette mission, à l'exemple du Centre québécois de coordination sur le sida, dont le mandat couvre tout ce qui touche à la prévention des MTS et du sida.

Sur la scène régionale, certaines collaborations semblent bien établies, par exemple, entre les centres de prévention du suicide, certains CLSC et certaines écoles, mais il y a place pour l'amélioration. À l'heure actuelle, n'importe qui au Québec peut démarrer un projet de prévention du suicide en utilisant des approches ou du matériel inappropriés puisqu'il n'existe pas de normes ou de règles sur le sujet. Les intervenants souhaitent unanimement qu'on normalise la situation pour éviter les chevauchements d'organismes, les duplications de programmes et la diffusion d'information ou de matériel didactique plus nuisibles qu'utiles.

Quatrièmement, l'importance de rejoindre davantage les jeunes hommes en difficulté. Les intervenants oeuvrant à la prévention du suicide chez les jeunes ont souligné l'importance de trouver des moyens originaux pour rejoindre la clientèle la plus touchée par la surmortalité par suicide, à savoir les jeunes hommes (adolescents et jeunes adultes). Il est constaté que les moyens traditionnels comme les lignes d'écoute et les séances d'information offertes dans les établissements d'enseignement semblent toucher surtout les jeunes femmes. Il est noté également qu'une partie importante des jeunes hommes à risque de suicide se trouve ailleurs que dans les établissements d'enseignement, par exemple, dans la rue, au travail, dans des centres d'accueil ou de détention. Les intervenants se disent convaincus qu'un plus grand nombre de suicides sera évité lorsqu'on aura trouvé des moyens originaux et efficaces pour mieux rejoindre les jeunes hommes et en particulier ceux qui vivent des situations difficiles. Il est proposé que tous ceux et celles oeuvrant auprès de ces clientèles, par exemple, les policiers, les travailleurs de rue, les agents de probation et les psycho-éducateurs reçoivent une formation adéquate en prévention du suicide.

**La prévention du suicide chez les jeunes :
liste des personnes et des organismes rencontrés
entre le 21 mars et le 9 juin 1996
par le Conseil permanent de la jeunesse**

Centres de prévention du suicide

Carrefour Intervention-suicide de l'Estrie

M. Sylvain Paquette
M^{me} Geneviève Corbeil

Fondation JEVI, Sherbrooke

M^{me} Louise Lévesque
M^{me} Nathalie Proulx

Suicide-Action Montréal

M. Louis Lemay
M^{me} Mélanie Faille

Centre de prévention du suicide Haute-Yamaska, Granby

M^{me} Lorraine Deschênes
M^{me} Céline Beauregard

Centre de prévention du suicide de Québec

M^{me} Lilianne Allard
M. Mario Beaulieu

Centre de prévention du suicide du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Chicoutimi

M. Robert Simon
M. Laurent Garneau
M. Carol Gravel
M^{me} Danielle Ross
et deux autres membres de l'équipe

Centre de prévention du suicide de la Rive, Baie-Comeau

M. Jean-Pierre Dupont

Psychiatres et chercheurs

Hôpital Sainte-Justine, unité pour adolescents, Montréal

M^{me} Patricia Garel

M^{me} Johanne Boivin

M. François Maranda

M. Claude Marquette

pédopsychiatres cliniciens et enseignants à la
faculté de médecine de l'Université de Montréal

Hôpital Jean-Talon, clinique de psychiatrie enfance-famille, Montréal

M. Luc Blanchet, pédopsychiatre

Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal

M. Richard Boyer, sociologue et chercheur

M. Alain Lesage, psychiatre et chercheur

M. Yves Lamontagne, psychiatre et chercheur

(président de l'Association des psychiatres du Québec)

M. Frédéric Grunberg, psychiatre et chercheur

Hôpital Louis-H.-Lafontaine

M. Jean-Jacques Breton, psychiatre et chercheur

Hôpital Rivière-des-Prairies

M. Michel Dorais, travailleur social et chercheur

Réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux

Comité de la santé mentale du Québec, Montréal

M. Luc Blanchet

CLSC Normand-Bethune, Laval

M^{me} Danielle Latreille, travailleuse sociale

**À l'occasion de la 1^{ère} rencontre provinciale
des jeunes entraïdants, Sherbrooke**

M^{me} Isabelle Plourde, éducatrice spécialisée

M. Jacques Enright, animateur de pastorale, éducateur
en prévention des toxicomanies et responsable d'un groupe
de jeunes entraïdants, école secondaire La Frontalière de Coaticook

M^{me} Diane Parent, travailleuse sociale, responsable des jeunes
entraïdants, commission scolaire Robert-Baldwin, Senneville

M. Michel Marchand, psycho-éducateur, Relais Saint-François pour
jeunes délinquants, Sherbrooke

(ainsi que des jeunes entraïdants)

Commission scolaire Des Manoirs, Terrebonne

M^{me} Louise Despard, conseillère aux services éducatifs

M. Jacques Gareau, directeur, commission scolaire Des Manoirs

M. Richard Poirier, directeur-adjoint, École Le Prélude

M. Michel Lévesque, enseignant, École Trois-Saisons

M^{me} Louise Martin, technicienne en éducation spécialisée,
École Le Rucher

M^{me} Louise Danis, psychologue, École Le Prélude

M^{me} Micheline Genesse, éducatrice spécialisée, École Le Prélude

M^{me} Lise Ouellet, agente de planification, dossiers santé mentale

Centre de santé publique de la région régionale de Lanaudière

M^{me} Claudine Plamondon, travailleuse sociale, CLSC Lamater

Polyvalente Benoît-Vachon, Sainte-Marie de Beauce

M. Raymond Beaudet, directeur

M. Bruno Vachon, conseiller en rééducation

M. Yvon Landry, travailleur social en milieu scolaire,

CLSC Frontenac, Black Lake (région de l'Amiante)

Saint-Georges de Beauce

M^{me} Nicole Morissette, intervenante sociale, École Notre-Dame

M^{me} Pierrette Leblanc, intervenante sociale, Polyvalente Veilleux

M^{me} Brigitte Poulin, Polyvalente Bélanger

M. Henri Poulin, Polyvalente Bélanger

M. Michel Auger, Régie régionale de la santé et des services
sociaux de Chaudière-Appalaches

Conseil permanent de la jeunesse

Polyvalente du Plateau, La Malbaie

M^{me} Rose Marier, animatrice de pastorale

M^{lles} Valérie Perron, Stéphanie Harvey,

Élise Lavoie et Véronique Bouchard, élèves associées

à un groupe de pairs aidants

M^{mes} Mariette Duchesne, Nicole Gauthier et Marthe Girard, enseignantes

M^{me} Mylène Briand, travailleuse sociale, CLSC

M^{me} Diane Ringuet, représentante du comité d'école

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, Baie-Comeau

M^{mes} Caroline Beaudin et Maryse Briand, Polyvalente des Rives

M^{me} Sylvie Desjardins et M. Jean-Émile Valois, des polyvalentes

Des Baies et des Rives

M. Gilles Landry, cégep de Baie-Comeau

M^{me} Marielle Richard, Régie régionale de la santé et
des services sociaux de la Côte-Nord

M^{me} Linda Dumais, CLSC de L'Aquilon

M. René Brault, Centre Jeunesse de la Côte-Nord, Baie-Comeau

M. Sylvain Leclerc, Centre jeunesse Côte-Nord, Sept-Îles

M. Martin Simard, Direction régionale du ministère de l'Éducation

M. Jean-Pierre Dupont, Centre de prévention-suicide de la Rive

Maisons de jeunes

L'Hôte-Maison, Montréal

M^{me} Annie Desrosiers

L'Imagerie, Montréal

M^{me} Marie-France Gauthier

M. Pierre Bacon

**Les membres du Conseil permanent de la jeunesse
1994 - 1997**

Martine Bouchard
Directrice d'un SEMO
Montréal

Diane Denault
Représentante, ressources humaines
Verdun

Christine Lagacé
Étudiante en psychosociologie de la communication
Saint-Ambroise

Julie Lévesque
Vice-présidente du CPJ
Saint-Jean-Port-Joli

Marie-Julie Michaud
Chargée de comptes
Ville de La Baie

Sophie Poirier
Conseillère en orientation au collégial
Carleton

Stéphane Coudé
Président de l'Atelier
Solo-Création
Montréal

Marc-André Dowd
Vice-président du CPJ
Trois-Rivières

Yves Legault
Étudiant en études est-asiatiques
Brossard

Jana Mansour
Avocat
Saint-Lambert

Louis Morin
Consultant en aménagement du
territoire et en urbanisme
Montréal

Michel Philibert
Président du CPJ
L'Épiphanie