

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES IDÉES ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES CHEZ LES ADOLESCENTS

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ALYSON DROUIN-PROULX**

FÉVRIER 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Yves Lachapelle

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Yves Lachapelle

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Natacha Brunelle

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les adolescents peuvent faire face à de multiples problématiques psychosociales, allant des conflits familiaux et difficultés relationnelles aux troubles de santé mentale. Parmi celles-ci, les idées suicidaires occupent une place particulièrement inquiétante, de par leur gravité et les conséquences possibles. Ces pensées peuvent être transitoires, c'est-à-dire survenir à un moment ponctuel de la vie d'un jeune et s'estomper rapidement. Toutefois, chez certains adolescents, elles peuvent s'installer de façon plus durable ou tendre à se répéter dans le temps, devenant ainsi des idées suicidaires chroniques. Les jeunes concernés peuvent faire plus d'une tentative de suicide ou encore tendre à s'auto-agresser physiquement de façon répétitive. Cette clientèle, de par la complexité et la persistance de la détresse vécue, est susceptible d'amener un sentiment d'impuissance, voire de découragement, chez les intervenants, particulièrement lorsqu'il y a des récurrences malgré les interventions psychosociales mises en place. Il demeure essentiel de reconnaître que ces adolescents expriment leur mal-être à travers ces propos ou gestes suicidaires et que ceux-ci représentent des façons de communiquer leur détresse et de demander de l'aide. Au fil des années, plusieurs approches ont été développées pour accompagner ces adolescents à haut risque. Par contre, les interventions validées empiriquement relatives à la population adolescente sont limitées, amenant souvent à se tourner vers des interventions validées auprès d'une clientèle adulte. Dans ce contexte, il apparaît donc pertinent de réaliser une recension intégrative des écrits afin de documenter les interventions prometteuses à l'égard de la clientèle jeunesse présentant des idées suicidaires. L'essai retient six articles portant sur des programmes d'intervention spécifiquement dédiés à cette clientèle. L'analyse de ces travaux met en évidence trois grands constats transversaux : (1) l'importance d'interventions ciblant le développement des compétences de régulation émotionnelle (par exemple via la DBT ou des programmes axés sur la pleine conscience et la tolérance à la détresse), associées à une réduction des idées suicidaires et des symptômes dépressifs ; (2) la pertinence d'une approche systémique impliquant activement la famille et le réseau social de l'adolescent, qui s'avère plus efficace qu'une prise en charge centrée uniquement sur l'individu pour réduire les tentatives de suicide et renforcer le soutien perçu ; et (3) l'intérêt de stratégies complémentaires, simples et peu coûteuses (p. ex., suivis post-hospitalisation par cartes ou messages), qui contribuent à diminuer la récurrence en maintenant un

lien de soutien après la crise. Dans l'ensemble, les résultats suggèrent qu'aucune approche unique ne se dégage comme optimale, mais qu'une combinaison d'interventions centrées à la fois sur l'adolescent et sur son environnement offre les effets les plus prometteurs.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Résumé..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Listes des tableaux et des figures..... | vi |
| Remerciements..... | vii |
| Introduction..... | 8 |
| Définition des termes..... | 8 |
| Prévalence..... | 9 |
| Portrait des adolescents présentant des idées suicidaires..... | 11 |
| Traits de personnalité et suicide..... | 13 |
| Trouble de santé mentale et suicide..... | 14 |
| Les interventions utilisées auprès des adolescents présentant des idées suicidaires..... | 15 |
| Les lacunes observées..... | 16 |
| Objectif de l'essai..... | 16 |
| Méthode..... | 17 |
| Résultats..... | 19 |
| Interventions et programmes recensés..... | 19 |
| Caractéristiques des participants..... | 21 |
| Objectif des études retenues..... | 22 |
| Devis de recherche..... | 23 |
| Instruments de mesure..... | 24 |
| Les résultats..... | 27 |
| Discussion..... | 29 |
| Limites..... | 31 |
| Recommandations..... | 32 |
| Conclusion..... | 37 |
| Références..... | 38 |

Listes des tableaux et des figures

| | |
|----------------|----|
| FIGURE 1..... | 18 |
| TABLEAU 1..... | 21 |
| TABLEAU 2..... | 23 |
| TABLEAU 3..... | 24 |
| TABLEAU 4..... | 26 |

Remerciements

La rédaction de cet essai représente une étape importante dans mon parcours académique et la dernière avant l'obtention du titre de psychoéducatrice. Ce cheminement, mené en parallèle avec mes responsabilités professionnelles, a demandé une grande discipline, mais s'est révélé enrichissant et en vaut pleinement la peine aujourd'hui. Je tiens à remercier sincèrement mon directeur d'essai, M. Yves Lachapelle, pour avoir accepté de me superviser de façon imprévue. Son ouverture, son soutien ainsi que ses commentaires et suggestions ont été déterminants dans l'aboutissement de ce travail. Je tiens également à remercier ma tutrice de stage, Mme Pascale Bourbeau, pour ses encouragements et sa confiance en moi depuis le début de ce cheminement, mais également pour le précieux partage de ses connaissances. Merci également à mes parents, mes amies et mes collègues d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée dans ce retour aux études à temps partiel : votre présence et votre bienveillance ont rendu ce parcours plus doux.

Introduction

Le suicide est une problématique sociétale complexe et préoccupante qui touche une multitude de clientèles, sans distinction d'âge, de sexe ou de statut socioéconomique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2023), environ 700 000 personnes meurent par suicide chaque année dans le monde. Ce nombre ne reflète toutefois qu'une minime partie de l'ampleur réelle du problème, puisque pour chaque suicide, il y a de nombreuses tentatives ainsi que des personnes aux prises avec des idées suicidaires non déclarées. Au Canada, 12 personnes s'enlèvent la vie chaque jour et plus de 200 font des tentatives de suicide, ce qui équivaut à 4500 personnes par année qui meurent par suicide et plus de 73 000 qui portent atteinte à leur vie (gouvernement du Canada, 2024). Cette réalité troublante, encore trop peu mise en lumière dans la société, amène des conséquences importantes pour les personnes en détresse, mais également pour leurs différents environnements, que ce soit familial, social ou professionnel. Plusieurs autres personnes, non comptabilisées dans ces statistiques, ont des idées suicidaires et sont à risque de poser un geste suicidaire.

Les adolescents représentent une clientèle particulièrement vulnérable. En effet, selon des données publiées par le Gouvernement du Canada (2024), les individus de cette tranche d'âge sont connus pour avoir davantage recours aux services hospitaliers en contexte de blessures auto infligées. Toujours selon ces données, le suicide représente la deuxième cause de décès chez la population des 15 à 34 ans. Ce constat met en lumière non seulement l'importance d'agir en amont par des efforts de prévention et de sensibilisation, mais également la nécessité d'intervenir de façon optimale auprès de ces jeunes vulnérables et en détresse.

Définition des termes

L'adolescence est la période définie entre l'enfance et la vie adulte. Selon les sources, la tranche d'âge associée à cette période se situe approximativement entre 10 et 19 ans, pouvant varier légèrement selon les contextes culturels. Cette étape du développement est caractérisée par de nombreux changements aux plans physique, cognitif et socio-émotionnel (Bagley et Pekarsky, 2024 ; Czyz, 2015 ; World Health Organisation, 2024). Sur le plan physique, la puberté amène

une série de changements corporels importants. Parallèlement, le développement du cerveau, notamment dans les régions associées à la régulation des émotions et au raisonnement abstrait, amène généralement les adolescents à présenter une plus grande fluctuation émotionnelle, mais également une capacité grandissante à réfléchir de façon plus complexe (Bagley et Pekarsky, 2024 ; Czyz, 2015 ; Siegel, 2018). Sur le plan social, l'influence des pairs prend une place de plus en plus grande à l'adolescence et joue un rôle important dans la construction de l'identité (Bagley et Pekarsky, 2024 ; Czyz, 2015 ; Lupien, 2019).

Par ailleurs, pour mieux saisir la complexité de la problématique du suicide, il importe de clarifier les différents termes qui y sont associés. D'abord, les menaces suicidaires font référence à des messages, explicites ou implicites, émis par une personne qui laissent entendre qu'elle pourrait poser un geste suicidaire (Lafontaine, 2022). Les idées suicidaires, quant à elles, font référence au fait de penser à s'enlever la vie, incluant le fait de planifier un acte suicidaire (Cournoyer, 2016 ; Lafontaine, 2022). Un comportement autodestructeur, parfois nommé geste parasuicidaire, correspond au fait de s'auto-infliger volontairement une blessure, sans avoir l'intention de se donner la mort. Ce type de comportement est également connu sous le terme d'automutilation. Une tentative de suicide est un geste qu'une personne fait contre elle-même, n'ayant pas comme finalité la mort, mais dont l'intention est de mourir (Czyz, 2015 ; Lafontaine, 2022). Enfin, le terme suicide complété réfère à un acte suicidaire ayant pour finalité le décès de l'individu (Lafontaine, 2022). Ces distinctions sont essentielles pour comprendre les différentes formes de détresse et pour adapter l'intervention en fonction de la gravité et du niveau de risque.

Prévalence

Préalablement à l'identification des interventions à privilégier auprès des adolescents présentant des idéations ou comportements suicidaires chroniques, il importe également de s'intéresser aux données épidémiologiques les concernant. Une méta-analyse s'intéressant au phénomène du suicide chez les adolescents de la population générale indique que 9,7% ont fait une tentative de suicide et que 29,9% ont eu des idées suicidaires (Evans *et al.*, 2005). Ces données, bien qu'elles datent de plusieurs années, demeurent révélatrices de l'ampleur du

problème et illustrent la nécessité d'interventions ciblées et adaptées à cette clientèle. Au niveau des suicides complétés, un rapport de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) indique que les adolescents représentent la population pour qui le taux est le plus bas depuis les années 2000, avec un taux 9,0 par 100 000 personnes (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Malgré cela, une augmentation considérable du taux d'hospitalisations en lien avec enjeux suicidaires chez les adolescents et adolescentes est observable dans les dernières années au Québec. Chez les garçons, le taux est de 67,1 par 100 000 personnes en 2018 alors que chez les filles, le taux est de 203,2 par 100 000 personnes, ce qui équivaut à trois fois plus d'hospitalisations pour tentative de suicide comparativement à 2007 pour celles-ci (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Les comportements suicidaires, incluant les tentatives et idées suicidaires, ont donc une incidence plus élevée que les suicides complétés chez les adolescents. Ces statistiques demeurent préoccupantes, puisque ce type de comportements autodestructeurs représentent également le facteur de risque premier de la mort par suicide (Cournoyer, 2016). Parmi la population adolescente, les garçons présentent un risque plus élevé de décéder par suicide que les filles (Cournoyer, 2016 ; Lévesque, Pelletier et Perron, 2020 ; Périsset et Cohen, 2003), qui sont toutefois plus nombreuses à avoir des idées suicidaires, à faire une tentative de suicide (Cournoyer, 2016; Evans *et al.*, 2005 ; Périsset et Cohen, 2003), et à être hospitalisées en lien avec des idées suicidaires (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Les moyens utilisés pour s'enlever la vie par les hommes ont tendance à être plus létaux que ceux utilisés par les femmes. En effet, les hommes utilisent davantage des moyens tels que la pendaison, la strangulation, l'asphyxie ou les armes à feu, alors que les femmes utilisent davantage des moyens tels que l'intoxication par médication (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Selon des études longitudinales, la présence d'idées suicidaires avant l'âge de 15 ans augmente de 15 fois le risque que la problématique suicidaire soit récurrente et de 12 fois le risque de faire une tentative de suicide précédant l'âge de 30 ans (Cournoyer, 2016). Ces constats mettent en évidence la vulnérabilité particulière des adolescents manifestant précocement des idéations suicidaires et soulignent l'importance d'un repérage précoce ainsi que d'un suivi soutenu et adapté pour prévenir l'évolution chronique de la détresse suicidaire.

Portrait des adolescents présentant des idées suicidaires

La problématique suicidaire est multifactorielle et implique des facteurs de risque autant au niveau personnel, génétique qu'environnemental. Comme mentionné précédemment, l'un des facteurs de risque majeur du suicide est le fait d'avoir précédemment fait une tentative de suicide (Brezo, 2008 ; Cournoyer, 2016 ; Kapur *et al.*, 2006 ; Périsset et Cohen, 2003). De ce fait, les adolescents présentant des crises suicidaires multiples sont désignés comme étant une population à haut risque de suicide (Czyz, 2015). Parmi les facteurs de risque environnementaux, les études démontrent que certains événements de vie vécus par l'adolescent ont un impact sur son risque suicidaire. Ces facteurs méritent une attention particulière, puisqu'un événement ou encore l'accumulation d'événements stressants pourrait être le/les précipitant(s) d'un geste suicidaire chez un adolescent qui présente déjà d'autres facteurs de risque (Cournoyer, 2016 ; Périsset et Cohen, 2003). Plusieurs variables sont susceptibles de représenter un stresser pour les adolescents, notamment les problèmes familiaux, les conflits avec les pairs, les difficultés scolaires, les problèmes judiciaires et les traumatismes (Cournoyer, 2016). Dans ce contexte, les idéations ou comportements suicidaires peuvent être interprétés comme étant une réponse à une surcharge émotionnelle importante générée par un ou des événements de vie vécus par l'adolescent (Brezo, 2008).

Toujours au niveau de la sphère environnementale, il est également pertinent de se pencher sur l'influence des pairs chez les adolescents, qui augmente particulièrement durant cette tranche de vie. Les amitiés occupent effectivement une place importante dans le quotidien des adolescents, contribuant à la construction de leur identité et à leur sentiment d'appartenance. Bien qu'il soit souhaitable que le jeune ait des liens significatifs avec ses pairs, tel que le prévoit son stade de développement, il importe de demeurer conscient que certaines relations pourraient s'avérer délétères. Par exemple, le soutien offert par un ami pourrait amener l'adolescent à ruminer davantage, ce qui deviendrait alors de la corumination (Lupien, 2019). La corumination est davantage observée chez les filles que chez les garçons et est associée à des symptômes anxiodépressifs (Lupien, 2019), qui représentent en soi un facteur de risque aux idées suicidaires (Cournoyer, 2016). Dans le même ordre d'idées, l'étude de Périsset et Cohen (2003) souligne que,

chez les adolescents, la tentative de suicide d'un ami représente un facteur de risque important d'une éventuelle tentative de suicide. Il existe, en effet, un risque de contagion des comportements suicidaires chez les adolescents, connu sous l'appellation de l'effet Werther (Debout et Delgènes, 2024; Mirkovica *et al.*, 2014). Ce risque est d'autant plus présent aujourd'hui avec la présence des réseaux sociaux, plateformes sur lesquelles du contenu lié à la détresse psychologique peut se propager rapidement et toucher un grand nombre de jeunes (Debout et Delgènes, 2024). Il est, par ailleurs, démontré que chez les adolescents confrontés au suicide complété d'un pair, l'effet de contagion peut se maintenir jusqu'à deux ans après l'événement (Debout et Delgènes, 2024).

Au niveau des facteurs de risque génétiques, les recherches révèlent que le suicide possède également une certaine composante héréditaire. En effet, les résultats de différentes études suggèrent qu'il existe une transmission familiale des idées suicidaires et des tentatives de suicide entre les parents et leurs descendances, suggérant que les enfants de parents ayant un historique suicidaire présentent une vulnérabilité plus accrue à développer eux-mêmes ce type de problématique (DiBlasi, Kang et Docherty, 2021; Goodwin, Beautrais et Fergusson, 2004). Des études faites notamment auprès de jumeaux identiques et non identiques appuient le fait que des facteurs de risque génétiques contribuent effectivement à l'étiologie des comportements suicidaires (Bondy, Buettner et Zill, 2006 ; DiBlasi, Kang et Docherty, 2021). Cette transmission intergénérationnelle s'expliquerait donc, en partie, par la génétique, mais aussi par l'influence des relations familiales et des comportements appris. Au niveau des facteurs de risque personnels, le sexe biologique joue un rôle, puisque le simple fait d'être un garçon augmente le risque de suicide complété, alors que le fait d'être une fille augmente le risque de faire une tentative de suicide (Cournoyer *et al.*, 2016 ; Evans *et al.*, 2005 ; Lévesque, Pelletier et Perron, 2020 ; Périsset et Cohen, 2003). Par ailleurs, chez les adolescents, garçons et filles, le cerveau est en plein développement et ces changements peuvent amener une certaine intensité émotionnelle, qui peut notamment amener le jeune à avoir une grande réactivité, des fluctuations de l'humeur et une plus grande impulsivité, voire même une tendance à se mettre à risque (Lupien, 2019 ; Siegel, 2018). C'est notamment dû à cette impulsivité que les adolescents sont trois fois plus à risque de

mourir ou d'être gravement blessés que lors des autres périodes de la vie (Siegel, 2018). Plusieurs sources mettent d'ailleurs en évidence l'augmentation du risque suicidaire durant cette période de vie (Cournoyer *et al.*, 2016 ; Korczak, 2015).

Traits de personnalité et suicide

Bien qu'il n'existe pas de portrait unique des jeunes à risque d'avoir des idées suicidaires, certaines caractéristiques ressortent dans la littérature. L'un des modèles qui prédomine pour expliquer le suicide est le modèle biopsychosocial, qui sous-tend que le suicide est explicable par l'interaction de différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Silveira de Mota *et al.*, 2024). Parmi les facteurs psychologiques, certains traits de personnalité sont particulièrement associés aux comportements suicidaires chez les adolescents (Cournoyer, 2016 ; Silveira de Mota *et al.*, 2024). Les traits de personnalité sont des tendances à présenter certains comportements, émotions ou cognitions en réponse adaptative à différentes situations vécues (Brezo, 2008). L'impulsivité et l'agressivité ressortent comme étant des traits de personnalité associés aux idées suicidaires dans plusieurs études (Brezo, 2008 ; Cournoyer, 2016 ; Silveira de Mota *et al.*, 2024), mais également le désespoir et les difficultés de résolution de problèmes (Cournoyer, 2016), ainsi que l'anxiété, un niveau élevé de perfectionnisme et une prédominance des émotions négatives (Silveira de Mota *et al.*, 2024). Ces traits sont spécialement élevés durant l'adolescence, ce qui porte à croire que les comportements suicidaires pourraient être associés au développement de la personnalité (Silveira de Mota *et al.*, 2024). La méta-analyse de Silveira de Mota et ses collègues (2024) vise à éclaircir l'association entre cinq traits de personnalité (« Big Five Personality Traits ») et les comportements suicidaires chez les adolescents. Les traits de personnalité identifiés sont l'extraversion, le névrosisme, la conscience morale, l'agréabilité et l'ouverture. Ces traits sont connus pour être assez stables au courant de la vie, sauf durant la période de l'adolescence, où il est possible de constater que les résultats aux traits d'ouverture aux expériences, de conscience morale et d'agréabilité diminuent, puis réaugmentent par la suite, alors que c'est l'inverse pour les traits de névrosisme, qui augmentent à l'adolescence et diminuent vers l'âge adulte. De façon générale, les résultats de cette méta-analyse démontrent une association significative entre les

traits de personnalité et les comportements suicidaires, les traits de névrosisme y étant plus significativement associés selon certaines des études (Silveira de Mota *et al.*, 2024).

Trouble de santé mentale et suicide

D'autre part, bien que les idées suicidaires soient parfois associées à des troubles de santé mentale, elles ne sont pas uniquement présentes chez les individus présentant un diagnostic psychiatrique. Tout individu vivant un passage de vie difficile qui va au-delà de ses capacités d'adaptation, présentant ou non un diagnostic de santé mentale, pourrait, à un moment dans sa vie, présenter des idées suicidaires (Debout et Delgènes, 2024). Il demeure toutefois intéressant de s'attarder aux enjeux de santé mentale, puisque cela représente tout de même un facteur de risque suicidaire (Korczak, 2015). À l'inverse, les adolescents qui présentent des idées suicidaires sont également plus sujets à avoir un diagnostic de problème de santé mentale (Cournoyer, 2016). Une étude portant sur les adolescents menée par Cournoyer et ses collaborateurs (2016) s'intéressent à l'association entre les idées suicidaires et les symptômes de santé mentale répertoriés dans le DSM-5. Il ressort que certains troubles sont plus susceptibles d'y être associés, notamment la dépression, mais également les troubles anxieux, les traits de personnalité limite, les problèmes de comportements et les troubles d'usage de substances. Plus récemment, une association a également été faite entre le TDAH et les idées suicidaires (Cournoyer *et al.*, 2016). Il est intéressant de noter que l'association entre ces différents diagnostics du DSM-5 et les idées suicidaires augmentent au fur et à mesure que l'adolescent se rapproche de l'âge adulte (Cournoyer *et al.*, 2016). En complément, chez les personnes décédées par suicide, des chercheurs ont réalisé ce qu'ils nomment une « autopsie psychologique », faisant référence au fait d'examiner les antécédents psychologiques et sociaux du défunt avant son passage à l'acte. Il ressort de cela que les troubles dépressifs (24%) et les troubles névrotiques et de personnalité (22%) figurent parmi les troubles psychiatriques les plus liés au suicide (Debout et Delgènes, 2024). En plus de tout ce que les comportements suicidaires créent chez les adolescents aux prises avec ceux-ci, notamment des impacts sur leur niveau de fonctionnement et une augmentation du risque de mort par suicide, ils amènent des répercussions importantes sur leur entourage, qui peut vivre une grande détresse face à l'impuissance ressentie et, parfois,

l'incompréhension que ces défis peuvent amener (Cournoyer, 2016). Cette réalité fait ressortir l'importance de soutenir les systèmes familial et social du jeune également.

Les interventions utilisées auprès des adolescents présentant des idées suicidaires

Les enjeux suicidaires étant omniprésents au sein de la population adolescente, plusieurs types d'interventions sont connues et utilisées pour prévenir ces comportements et soutenir les jeunes qui pourraient être à risque. D'abord, les écoles jouent un rôle clé dans la prévention du suicide. Plusieurs programmes sont implantés dans ces milieux, visant notamment à augmenter les connaissances des élèves sur le suicide, à promouvoir des stratégies d'adaptation efficaces et saines et à réduire la stigmatisation entourant la santé mentale (Mirkovica *et al.*, 2014). Ces initiatives en milieux scolaires visent également à augmenter les connaissances du personnel scolaire, leur permettant ainsi plus facilement de détecter les jeunes à risque et d'intervenir auprès d'eux. La prévention passe parfois par la pharmacothérapie, méthode ayant fait ses preuves dans la contribution à la diminution de la mortalité par suicide chez les adolescents (Mirkovica *et al.*, 2014). Pour les jeunes présentant des troubles internalisés, la prescription d'un antidépresseur peut donc être envisagée par les médecins. Cette méthode peut toutefois être controversée, notamment de par le fait que certaines recherches démontrent une augmentation du risque d'idées ou de comportements suicidaires chez certains jeunes lors de la prise de certains antidépresseurs, en particulier au début du traitement. Toutefois, une étude longitudinale a permis de démontrer que l'utilisation d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'augmente pas le risque de passage à l'acte suicidaire. De plus, pour les adolescents qui prennent la médication pendant six mois, une diminution du risque de tentative est observée par rapport au groupe non traité (Mirkovica *et al.*, 2014). Bien sûr, la psychothérapie représente également une voie de prévention et d'intervention, bien que les études d'efficacité des psychothérapies sont plus rares concernant la clientèle adolescente que la clientèle adulte, particulièrement pour les adolescents récidivistes (Mirkovica *et al.*, 2014). Le fait de ne pas laisser la personne suicidaire seule et la restriction aux moyens létaux représentent des stratégies de prévention du suicide fréquemment utilisées. Bien que cela implique qu'une menace persiste, le fait de retirer les moyens létaux peut repousser un passage à l'acte suicidaire et laisser place à une prise en charge par les services

(Debout et Delgènes, 2024). Au-delà des différentes stratégies de prévention, il importe de ne jamais banaliser un geste suicidaire. Peu importe le moyen utilisé, il s'agit d'une communication de souffrance et la prise en charge par l'entourage et les services a généralement un impact non négligeable sur la répétition ou non de l'acte suicidaire (Debout et Delgènes, 2024).

Les lacunes observées

Des lacunes importantes sont observées en ce qui a trait à l'identification des interventions à privilégier chez les adolescents à risque de suicide, particulièrement ceux pour qui une vulnérabilité persiste suite à un épisode de crise suicidaire (Czyz, 2015). Bien que des efforts de prévention soient mis en place, comme mentionné précédemment, les lacunes les plus importantes sont observées au niveau des interventions à préconiser chez les adolescents suicidaires, particulièrement chez les récidivistes, qui constituent une population à haut risque (Bertrand, 2014; Mirkovica *et al.*, 2014). Les recherches concernant le suicide chez les adolescents se concentrent principalement sur l'épidémiologie de celui-ci et moins sur l'intervention (Mirkovica *et al.*, 2014).

Objectif de l'essai

L'objectif principal de cet essai est de documenter les interventions à privilégier auprès de la clientèle adolescente présentant un risque suicidaire chronique.

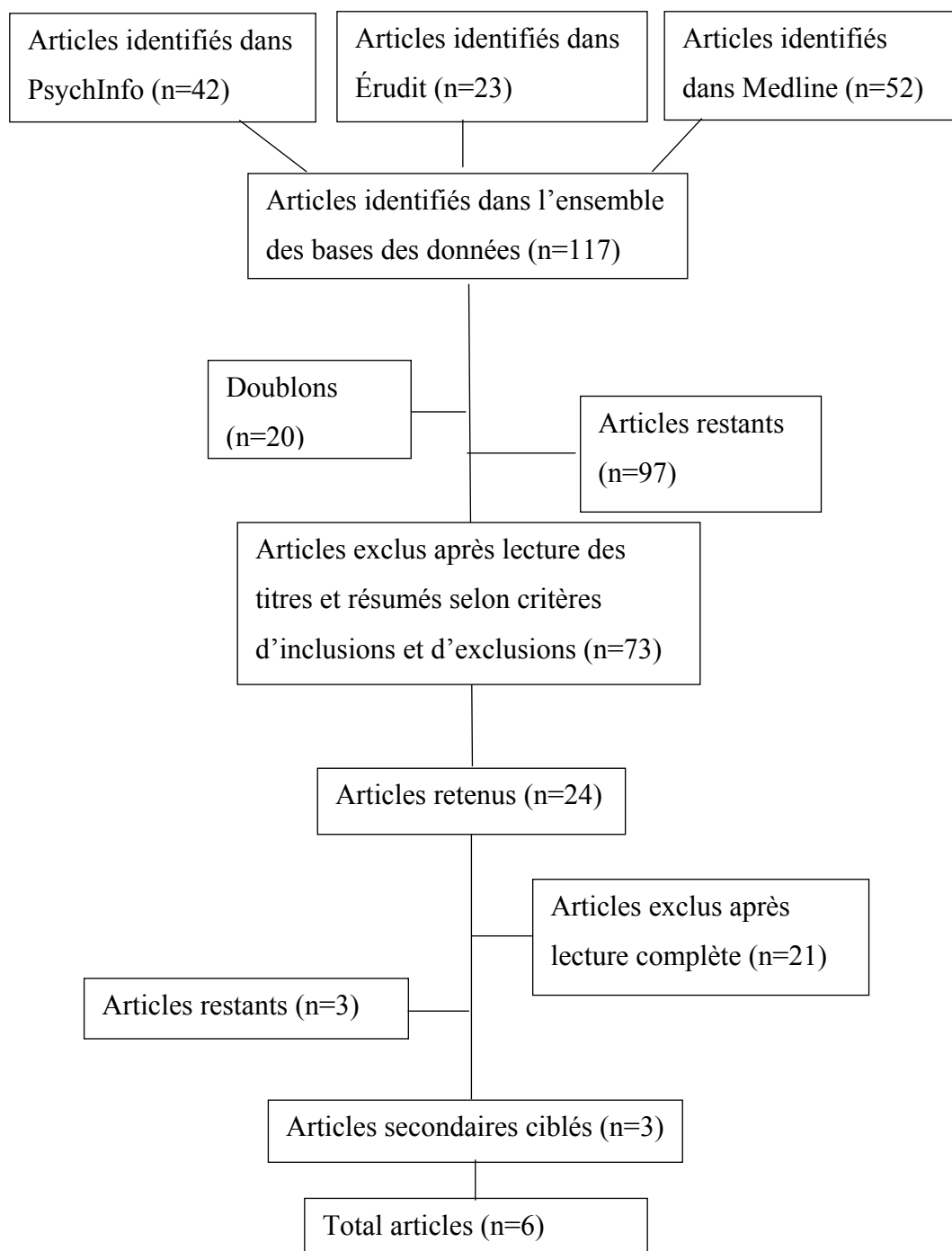
Méthode

L'essai vise à répondre à la question « Quelles sont les interventions à privilégier chez les adolescents présentant des idées suicidaires chroniques ? ».

Pour identifier les études pertinentes, un processus de recherche systématique d'articles évalués par les pairs a été réalisé. Les bases de données PsychInfo, Érudit et Medline ont été consultées en février 2024. Pour les bases de données anglaises, donc PsychInfo et Medline, les mots-clés utilisés étaient les suivants : (“suicid* ideation*” OR “suicid* behavior*” OR “suicidal person*” OR “suicid* thought*”) N3 (multiple* OR chronic* OR repeated) AND Intervention* OR treatment* OR program* OR “best practice*” OR service* OR framework*. Le filtre adolescent a ensuite été ajouté. Pour la base de données Érudit, les mots-clés français utilisés étaient les suivants : (« Pensées suicidaires » OU « idées suicidaires » OU « comportement* suicidaire* ») N3 (chronique* OU multiple* OU répétitive*) ET (Jeune* OU adolescen* OU mineur*) ET (Intervention* OU traitement* OU service* OU programme* OU « meilleure* pratique*»). Cette base de données ne permettant pas d'ajouter le filtre adolescent, le concept a été ajouté sous forme de mots-clés.

Ces recherches ont permis d'identifier 117 articles. Parmi ceux-ci, 20 ont été exclus puisqu'ils représentaient des doublons, portant le total à 97 articles publiés entre 1982 et 2024. Un premier tri a été effectué par la lecture des titres et des résumés, ce qui a permis d'exclure 73 articles. Les 24 articles restants ont été triés par une lecture intégrale et au final, selon les critères d'inclusion et d'exclusion, seulement trois articles ont été retenus. À partir des références de ceux-ci, trois articles supplémentaires ont été identifiés et retenus.

Les articles retenus ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants : l'âge des participants se situant entre 10 et 18 ans, la présence d'enjeux de suicidalité chronique ou répétés dans le temps, ainsi que la disponibilité du texte en français ou en anglais. Les articles exclus l'ont également été sur la base de certains critères, notamment : l'absence de maladie physique, de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme.

Figure 1*Diagramme de sélection des références*

Résultats

La section qui suit présente un résumé des principales interventions et programmes, les caractéristiques des participants, les objectifs et devis de recherche, les instruments de mesure utilisés ainsi que les principaux résultats de chacune des six études retenues.

Interventions et programmes recensés

D'abord, l'étude de Rathus et Miller (2002) évalue l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique (DBT) auprès d'adolescents suicidaires aux États-Unis. Le programme est adapté aux adolescents et se déroule sur 12 semaines, incluant deux rencontres hebdomadaires de séances individuelles et familiales. La famille du jeune est incluse pour favoriser la généralisation et le maintien des compétences apprises. Le programme est composé de quatre modules abordant la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse.

De son côté, l'étude de Huey *et al.* (2004) réalisée États-Unis évalue la thérapie multisystémique dans le cadre d'un programme la comparant à une hospitalisation psychiatrique pour adolescents en crise suicidaire. La thérapie multisystémique représente une approche intensive impliquant principalement la famille et l'environnement social de l'adolescent. Cette approche, appuyée sur le modèle de Bronfenbrenner, suggère que les problèmes sont souvent maintenus à travers les interactions difficiles que l'individu entretient avec les différents systèmes autour de lui (Huey *et al.*, 2004). Les interventions visent surtout la famille, notamment : accompagner et outiller les donneurs de soins (parents, tuteurs) et établir un plan de sécurité familial. Il s'agit d'un suivi intensif, pouvant aller jusqu'à un contact par jour au besoin, et d'une durée de trois à six mois.

Par ailleurs, l'étude de Carter *et al.* (2007), menée en Australie, étudie l'efficacité d'une intervention précise sur les comportements suicidaires, soit l'envoi de huit cartes postales personnalisées à des usagers suite à leur hospitalisation liée à une tentative de suicide, en plus de recevoir le traitement habituel leur étant dédié. Les cartes sont envoyées aux mois 1, 2, 3, 4, 6, 8,

10 et 12 suite au congé de l'hôpital. Cela représente une nouvelle méthode d'intervention développée suite à une étude faite par Jerome Motto (Carter *et al.*, 2007).

L'étude de King *et al.* (2009) évalue l'efficacité d'une méthode d'intervention axée sur le soutien social, où l'adolescent choisit un membre de sa famille, approuvé par ses parents si ce n'est pas eux, qui recevra un suivi lui permettant d'être outillé sur : les défis émotionnels et comportements de l'adolescent, le plan de traitement et les interventions recommandées, les manifestations d'une augmentation du risque suicidaire ainsi que les ressources disponibles au besoin. Cette personne de soutien, ciblée par l'adolescent, maintient un contact régulier avec lui pendant trois mois après son hospitalisation. Cette étude a été réalisée aux États-Unis et les participants ont été recrutés suite à une hospitalisation liée à des idées suicidaires ou une tentative de suicide.

L'étude de Bertrand (2014) s'intéresse à l'efficacité du programme de protection de soi, développé au Québec, qui vise à augmenter la capacité d'introspection et à développer des compétences de gestion émotionnelle chez les adolescents. Le programme inclut des rencontres individuelles et de groupe, dans lesquelles plusieurs éléments sont abordés, notamment l'identification de précurseurs de crise, l'élaboration de plans de sécurité et la régulation émotionnelle. L'implication de la famille est encouragée dans ce programme également, afin de favoriser la généralisation des acquis et de consolider le réseau de soutien.

Finalement, l'étude de Yen *et al.* (2023), réalisée aux États-Unis, évalue l'efficacité du programme STEP (Skills to Enhance Positivity). Ce programme combine le traitement psychiatrique habituel durant l'hospitalisation – qui vise à stabiliser la crise suicidaire et assurer la sécurité du jeune, notamment par la réalisation d'un plan de sécurité – avec deux phases d'intervention complémentaires. La première phase, en présentiel, débute pendant l'hospitalisation et comprend de la psychoéducation sur quatre modules : les fonctions des émotions, la pleine conscience, la gratitude et le « savoring », référant au fait de cultiver les émotions positives. La deuxième phase se fait à distance et consiste à l'envoi de messages textes

quotidiens pendant une période allant jusqu'à trois mois suivant le congé de l'hôpital. Ces messages incluent l'évaluation de l'humeur du jeune ainsi que des rappels de pratique des habiletés apprises durant la phase un. Le but est d'augmenter l'attention portée aux émotions et expériences positives, qui peuvent être facilement ignorées en raison des rigidités cognitives qui tendent à accompagner les idées ou comportements suicidaires. Le programme ne vise pas à éliminer les émotions négatives, mais plutôt à renforcer la présence d'émotions positives afin d'en contrebalancer les effets.

Dans l'ensemble, les études recensées ont présenté trois programmes et trois stratégies d'interventions basés sur des approches variées, mais qui s'adressent tous à une clientèle adolescente suicidaire.

Caractéristiques des participants

Le tableau 1 présente la taille des échantillons et la répartition selon le sexe, l'âge des participants, les critères de sélection liés à la suicidalité et le type de recrutement effectué.

Tableau 1

Caractéristique des participants

| Études | N | Sexe | Âge | Critères liés à la suicidalité | Type de recrutement |
|------------------------------|-----|--------------------|--|---|--|
| Rathus et Miller. (2002) | 111 | N. S.* | DBT M = 16 ans TAU M = 15 ans | Tentative dans les dernières 16 semaines ou idées suicidaires | Consultation externe d'un centre médical |
| Huey <i>et al.</i> (2004) | 156 | F : 55 M : 101 | 10-17 ans | Tentative ou idées suicidaires | Patients hospitalisés |
| Carter <i>et al.</i> (2007) | 772 | F : 524 M : 248 | 16 ans et plus (M : 33 ans) | Tentative de suicide par intoxication | Patients hospitalisés |
| A. King <i>et al.</i> (2009) | 448 | F : 319 M : 129 | 13-17 ans | Tentative ou idées suicidaires | Patients hospitalisés |
| Bertrand, P. (2014) | 63 | F : 63 | 14-18 ans | Multiplés tentatives et comportements d'automutilation | Références externes par professionnel en santé mentale, en situation de crise ou |

| | | | | | psychiatre |
|--------------------------|-----|-------|-----------|---|-----------------------|
| Yen <i>et al.</i> (2023) | 216 | N. S. | 12-18 ans | Tentative ou idées suicidaires + antécédents de suicidalité | Patients hospitalisés |

* Note. N.S. = non spécifié.

Le nombre de participants varie de 63 à 772 selon les études. Parmi eux, une surreprésentation de femmes peut être observée, notamment dans l'étude de Bertrand (2014), où l'échantillon est exclusivement féminin. Parmi les études qui indiquent la répartition hommes femmes, seulement l'étude de Huey *et al.* (2004) présente une majorité masculine. La plupart sont des adolescents âgés entre 10 et 18 ans, sauf ceux de l'étude de Carter *et al.* (2007) qui sont âgés de 16 ans et plus, avec une moyenne de 33 ans. Malgré que ceci déroge du critère d'inclusion, cet article est tout de même retenu en raison de la pertinence de l'intervention préconisée et des résultats observés.

En ce qui concerne les critères liés à la suicidalité, toutes les études incluent des jeunes ayant fait une tentative de suicide ou eu des idées suicidaires, à l'exception de Bertrand (2014), qui précise que tous les participants ont fait de multiples tentatives de suicide et eu des comportements d'automutilation.

Par ailleurs, au niveau du type de recrutement des participants aux différentes études, cela s'est fait en majorité en contexte d'hospitalisation sur une unité psychiatrique (Huey *et al.* 2004; Carter *et al.* 2007; King *et al.* 2009; Yen *et al.* 2023), ce qui laisse présager que les participants de ces études présentent une suicidalité assez sévère pour être hospitalisés.

Objectif des études retenues

Le tableau 2 présente les objectifs des six études retenues. Elles partagent un objectif commun, soit celui de réduire la suicidalité chez les adolescents et jeunes adultes. Toutefois, elles poursuivent cet objectif à l'aide d'un programme ou d'une approche différente. Il semble donc y avoir diverses méthodes d'intervention auprès de cette clientèle.

Tableau 2

Objectifs des études

| Études | Objectif |
|------------------------------|--|
| Rathus et Miller. (2002) | Évaluer l'efficacité de la DBT adaptée aux adolescents suicidaires, particulièrement ceux présentant des difficultés de régulation émotionnelle et des comportements autodestructeurs. |
| Huey et al. (2004) | Évaluer l'efficacité de la thérapie multisystémique pour réduire les tentatives de suicide chez les adolescents qui se présentent aux urgences. |
| Carter et al. (2007) | Déterminer l'efficacité d'une intervention d'envoi de cartes postales à intervalles prédéterminés sur la réduction de la récurrence des comportements suicidaires sur une période de 24 mois. |
| A. King <i>et al.</i> (2009) | Évaluer l'efficacité de l'intervention YST-II pour les adolescents à risque suicidaire. |
| Bertrand. (2014) | Évaluer l'efficacité du programme d'intervention de protection de soi auprès d'adolescents suicidaires. |
| Yen et al. (2023) | Évaluer l'efficacité du programme STEP pour réduire les comportements et idées suicidaires actives ainsi que la dépression chez les adolescents de 12 à 18 ans admis dans une unité psychiatrique en lien avec un risque suicidaire, et ce, pendant 12 mois suite à l'hospitalisation. |

Devis de recherche

Le tableau 3 présente les devis de recherche. Les six études adoptent des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux et la majorité (N=4) comporte un groupe témoin. Par ailleurs, trois études incluent un suivi longitudinal à l'aide de mesures de maintien (Huey *et al.*, 2004; A. King *et al.*, 2009; Yen *et al.*, 2023).

Tableau 3*Devis de recherche*

| Études | Devis |
|------------------------------|---|
| Rathus et Miller. (2002) | Devis quasi-expérimental prétest–post-test avec groupe témoin. |
| Huey <i>et al.</i> (2004) | Devis expérimental prétest–post-test avec groupe témoin, comportant des mesures au pré-traitement, à 4 mois après le recrutement et à 12 mois après le traitement). |
| Carter <i>et al.</i> (2007) | Devis expérimental prétest–post-test avec groupe témoin. |
| A. King <i>et al.</i> (2009) | Devis expérimental prétest–post-test avec mesures de maintien. |
| Bertrand. (2014) | Devis pré expérimental prétest–post-test sans groupe témoin. |
| Yen <i>et al.</i> (2023) | Devis expérimental prétest–post-test avec groupe témoin, incluant des mesures de maintien au départ, ainsi qu’à 3, 6 et 12 mois après l’hospitalisation. |

Instruments de mesure

Le tableau 4 présente les instruments de mesure utilisés. Ils permettent d’évaluer différents enjeux liés à la suicidalité chez les adolescents. La majorité des instruments sont en anglais, sauf ceux utilisés dans l’étude de Bertrand (2014), qui sont francophones ou traduits en français. Il est également possible de constater que les études ont utilisé des instruments portant sur d’autres éléments connexes à la suicidalité. Par exemple, Huey *et al.* (2004) utilise le *Brief Symptom Inventory* (BSI) et le *Child Behavior Checklist* (CBCL) pour explorer les symptômes anxiodépressifs.

Les études de Bertrand (2014), Rathus et Miller (2002) et Yen *et al.* (2023) utilisent le *Beck Depression Inventory* (BDI ou BDI-II), connu pour évaluer les symptômes dépressifs chez les adolescents et les adultes. Les études de Bertrand (2014) et Yen *et al.* (2023) utilisent également le *Beck Hopelessness Scale* (BHS), un outil qui est également fréquemment utilisé, mais pour évaluer les symptômes de désespoir.

Certains instruments plus spécifiques à l’évaluation de la suicidalité ont également été utilisés. Par exemple, le *Scale for Suicidal Ideation* (SSI) a été utilisé dans l’étude de Rathus et Miller (2002) pour mesurer l’intensité des idées suicidaires chez les adolescents, tandis que le *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior* (SIQ-JR) a été utilisé dans l’étude de King *et al.* (2009),

pour en évaluer la sévérité. Dans l'étude de Yen et al. (2023), le *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) a servi à examiner à la fois les comportements et les idées suicidaires et le *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE) a permis d'en coter l'intensité chaque semaine.

Par ailleurs, Carter *et al.* (2007) n'utilisent aucun instrument du genre puisqu'ils mesurent uniquement les données d'hospitalisation pour évaluer le nombre de réadmissions et donc, le taux de récurrence de tentatives de suicide durant le programme.

Tableau 4*Instruments de mesure*

| Études | Instruments |
|------------------------------|---|
| Rathus et Miller. (2002) | Harkavy-Asnis Suicide Survey (HASS) Beck Depression Inventory (BDI) Life Problems Inventory (LPI) Scale for Suicidal Ideation (SSI) Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, child version (K-SADS) Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Borderline Personality Module (SCID-II) |
| Huey <i>et al.</i> (2004) | Family, Friends, and Self-Scale (FFS) Brief Symptom Inventory (BSI) Child Behavior Checklist (CBCL) Hopelessness Scale for Children BSI and Youth Risk Behavior Survey (YRBS) CBCL and YRBS (one item each) |
| Carter <i>et al.</i> (2007) | Données d'hospitalisation |
| A. King <i>et al.</i> (2009) | SIQ-JR (adolescents self-measures) Youth Self-Report (YSR) Beck Hopelessness Scale (BHS) Personal Experiences Screen Questionnaire (PESC) Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) |
| Bertrand, P. (2014) | Youth-Outcome Questionnaire (Y-OQ 2.0) Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20) Inventaire de résolution de problèmes (PSI) Échelle de dépression de Beck (BDI-II) Échelle de désespoir de Beck (BHS) Échelle d'impulsivité de Baratt (BIS) Questionnaire de perception de Batholomew Tests T sur les 6 variables reliées aux tentatives de suicide récurrentes |
| Yen <i>et al.</i> (2023) | Colombia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) Beck Depression Inventory (BDI-II) Tobii Pro Nano-Eye tracker Implicit Positive and Negative Affect Test (IPANAT) Modified Differential Emotions Scale (MDES) Gratitude Questionnaire (GQ6) Satisfaction with Life Scale (SWLS) |

Les résultats

Cette section présente les résultats des six études incluses dans cette recension. Dans l'ensemble, les différentes interventions réalisées montrent des effets bénéfiques.

D'abord, Rathus et Miller (2002) rapportent qu'aucun adolescent du groupe ayant reçu la thérapie comportementale dialectique (DBT) n'a été hospitalisé pendant le traitement, alors que 13% des participants du groupe contrôle l'ont été. Les résultats indiquent également que les tentatives de suicide ont été 2,5 fois plus élevées dans le groupe contrôle que dans le groupe DBT. Par ailleurs, le groupe DBT a davantage complété le traitement (62%) que le groupe contrôle (40%). Enfin, une comparaison pré et post-traitement chez le groupe DBT permet de constater une diminution significative des idées suicidaires, des symptômes de santé mentale incluant l'anxiété, la dépression, la sensibilité interpersonnelle, les traits obsessionnels compulsifs et paranoïdes ainsi que les indices de personnalité borderline.

L'étude de Huey *et al.* (2004) portant sur la thérapie multisystémique (MST) démontre que celle-ci est plus efficace que les hospitalisations pour réduire les tentatives de suicide, et ce, sur une période de 16 mois suivant le recrutement. Le groupe recevant la MST et le groupe contrôle ont tous les deux présenté une diminution des symptômes de santé mentale, mais celle-ci s'est produite plus rapidement dans le groupe expérimental. Aucune différence n'a toutefois été notée entre les deux groupes au niveau de l'humeur dépressive, le désespoir et les idées suicidaires.

Dans l'étude de Carter *et al.* (2007), il est possible de noter une diminution significative des réadmissions intrahospitalières dans le groupe expérimental en comparaison au groupe contrôle. L'analyse des résultats en fonction du sexe démontre que l'intervention, consistant en l'envoi de cartes postales, s'avère plus efficace chez les femmes, ce qui suggère qu'elles sont plus réceptives à ce type d'intervention. Il importe de préciser que cette étude a toutefois été faite

uniquement auprès de patients ayant fait une tentative de suicide par intoxication, ce qui limite la généralisation des données à d'autres types de comportements suicidaires.

Dans l'étude de King *et al.* (2009), le groupe d'intervention — ayant reçu le traitement expérimental en plus du traitement habituel — se révèle plus bénéfique pour les adolescents ayant fait de multiples tentatives de suicide. En effet, les résultats démontrent que chez ces derniers, les idées suicidaires diminuent plus rapidement que chez les participants du groupe contrôle. Par contre, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes au-delà de six semaines. Pour les adolescents n'ayant pas un historique de tentatives de suicide multiple, les résultats démontrent néanmoins une diminution des difficultés d'adaptation.

L'étude de Bertrand (2014), qui évalue le programme d'intervention de protection de soi auprès de jeunes ayant fait de multiples tentatives de suicide, présente également des résultats intéressants. Une diminution significative des symptômes de dépression et d'alexithymie est observée aux post-tests, comparativement aux pré-tests. Pour ce qui est des autres manifestations cliniques évaluées — soit la sévérité du désespoir, l'impulsivité et la capacité à résoudre des problèmes — des progrès sont observés, sans toutefois représenter une réduction significative. Il convient de noter que 16 des 63 participantes (19%) n'ont pas complété le groupe, ce qui représente un faible taux d'abandon chez une clientèle adolescente.

Finalement, l'étude de Yen *et al.* (2023) constitue un protocole de recherche, de sorte que les résultats finaux ne sont pas disponibles. Par contre, des résultats prometteurs ont été soumis lors d'études préliminaires : les participants au programme STEP présentaient 50% moins de comportements suicidaires que ceux du groupe de traitement habituel et avaient une diminution des idées suicidaires actives de 50% comparativement à 19% pour le groupe de traitement habituel.

Discussion

Le premier constat, suite à l'analyse des études recensées, est qu'il existe une diversité d'interventions destinées aux adolescents présentant un risque suicidaire chronique, mais aucun consensus ne semble se dégager par rapport à une méthode optimale à privilégier. Les six études recensées dans le cadre de cet essai proposent une approche spécifique, mais différente, pour intervenir avec les jeunes suicidaires : la thérapie comportementale dialectique (DBT)(Rathus et Miller, 2022), la thérapie multisystémique (MST)(Huey *et al.*, 2004), le programme de protection de soi (Bertrand, 2014), l'envoi de cartes postales (Carter *et al.*, 2007), le YST-II (King *et al.*, 2009) et le programme STEP (Yen *et al.*, 2023). Cette pluralité d'approches semble refléter la complexité de la problématique de suicidalité chronique et la difficulté à identifier une intervention universelle qui serait adaptée à tous, mais rappelle également l'importance de considérer chaque adolescent dans son unicité et d'intervenir selon les besoins spécifiques qu'il présente.

Le second constat réfère à la pertinence d'impliquer le réseau et les différents systèmes entourant l'adolescent dans les interventions visant à réduire la suicidalité. Bien qu'ils présentent des programmes ou interventions différentes, les résultats des études de Huey *et al.* (2004), King *et al.* (2009) et Bertrand (2014) convergent vers l'idée que la mobilisation et l'implication du réseau dans le cadre du suivi psychosocial sont particulièrement pertinentes auprès d'adolescents suicidaires, favorisent une amélioration plus durable de leur état et une réduction des comportements suicidaires. Les études de Huey *et al.* (2004) et de King *et al.* (2009) présentent des interventions centrées principalement sur le réseau, alors que l'étude de Bertrand (2014) présente un programme centré sur l'adolescent, mais qui intègre le réseau comme soutien. Plus précisément, dans l'étude de Huey *et al.* (2004), il est possible de constater que l'intervention auprès de la famille et des autres systèmes est plus efficace que l'hospitalisation traditionnelle pour réduire les tentatives de suicide sur une période prolongée. Le fait que l'intervention impliquant les systèmes qui entourent l'adolescent soit plus efficace que l'hospitalisation, qui concentre davantage les interventions sur l'individu, suggère qu'en agissant sur les contextes de vie, il est possible de réduire davantage la probabilité d'un passage à l'acte. De façon

complémentaire, le programme YST-II (King *et al.*, 2009) démontre que la perception que l'adolescent entretient du soutien social qu'il reçoit peut jouer un rôle protecteur important. Ce constat est pertinent, puisqu'il démontre qu'au-delà de la présence d'un réseau social, c'est plus particulièrement la qualité du soutien perçu par l'adolescent qui influencera sa détresse et son risque suicidaire (King *et al.*, 2009). De son côté, le programme de protection de soi de Bertrand (2014) implique également l'environnement et les ressources autour du jeune, mais surtout à titre d'appui complémentaire pour aider ce dernier à généraliser les acquis. En impliquant les réseaux entourant le jeune, les interventions permettent d'aborder et de soutenir directement certains défis représentant des facteurs de risque contextuels, notamment les conflits familiaux, les difficultés scolaires, l'isolement social ou l'influence des pairs (Debout et Delgènes, 2024; Cournoyer, 2016; Lupien, 2019; Mirkovic *et al.*, 2014). Ces résultats s'inscrivent dans la perspective du modèle socioécologique de Bronfenbrenner (1979), selon lequel les comportements émergent de l'interaction entre l'individu et son environnement. Ainsi, la considération des systèmes dans lesquels évolue l'adolescent apparaît comme un levier central pour intervenir efficacement auprès de cette clientèle vulnérable, et ce, en agissant simultanément sur les différents facteurs contribuant à la suicidalité.

Le troisième constat réfère à la pertinence de favoriser le développement des compétences de régulation émotionnelle chez les adolescents présentant un risque suicidaire chronique. En effet, les études de Rathus et Miller (2002), Bertrand (2014) et Yen *et al.* (2023) démontrent que les interventions ciblant l'identification, l'expression et la gestion des émotions amènent une diminution significative des idées suicidaires et des symptômes dépressifs. Chez une clientèle connue pour présenter des émotions intenses et un plus grand niveau d'impulsivité (Lupien, 2019 ; Siegel, 2018), le fait de développer des habiletés de gestion émotionnelle s'avère particulièrement important, notamment pour apprendre à tolérer la détresse et à recourir à des stratégies d'adaptation saines, réduisant ainsi le risque d'adopter un comportement suicidaire (Bertrand, 2014).

Le quatrième constat réfère à la mobilisation des jeunes à participer aux programmes d'intervention tout au long du processus. Bien que la clientèle adolescente puisse être difficile à mobiliser, les programmes recensés présentent des taux de participation encourageants (Bertrand, 2014; Rathus et Miller, 2002), indiquant qu'une majorité des participants ont complété les programmes. Le fait que les programmes soient adaptés spécifiquement pour des adolescents, avec une durée plus courte, soit de 12 semaines pour la DBT et de 20 semaines pour le programme de protection de soi, pourrait avoir contribué à favoriser l'adhésion et la rétention des participants. De plus, le fait que les deux programmes soient centrés sur le développement d'habiletés concrètes, tel que la tolérance à la détresse et les habiletés de régulation émotionnelle, et qu'ils impliquent les proches, pourraient favoriser l'engagement et renforcer la motivation des jeunes à poursuivre les programmes.

Finalement, le cinquième constat est que certaines interventions, telles que l'envoi de cartes postales (Cartel *et al.*, 2007), devraient être mises en place davantage, puisqu'elles s'avèrent faciles d'accès, peu coûteuses, et présentent des résultats encourageants, particulièrement auprès des femmes. Les résultats suggèrent que la réception de cartes postales peut avoir un effet positif chez les individus, possiblement en réduisant le sentiment d'isolement, qui représente en soi un facteur de risque contextuel à la suicidalité (Debout et Delgènes, 2024; Cournoyer, 2016; Lupien, 2019; Mirkovic *et al.*, 2014).

Limites

Certaines limites doivent être considérées en lien avec cet essai. D'abord, la taille des échantillons de certaines études (Rathus et Miller, 2002; Huey et al., 2004; Bertrand, 2014) est assez restreinte et il est également possible d'observer une surreprésentation féminine dans la moitié des études (Carter et al., 2007; King et al., 2009; Bertrand, 2014), ce qui peut limiter la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population adolescente suicidaire. Dans l'étude de Carter *et al.* (2007), l'âge des participants constitue une troisième limite liée aux caractéristiques des participants, puisque l'échantillon comprend des individus âgés de 16 ans et plus, avec une moyenne d'âge de 33 ans, alors que cet essai porte sur une clientèle adolescente.

Cela pourrait représenter une limite, puisque les résultats obtenus auprès de la clientèle adulte ne sont pas nécessairement transférables à la clientèle adolescente, considérant que leurs contextes de vie sont généralement différents. Malgré ce décalage avec la population ciblée, cette étude a été incluse en raison de la pertinence de l'intervention, qui apparaît innovante et facile d'accès.

Le nombre restreint d'études recensées représente également une limite. Il est plutôt surprenant que les recherches portant spécifiquement sur les interventions à privilégier chez les adolescents soient si peu nombreuses. Il semble que la recherche scientifique publiée se concentre surtout à évaluer et décrire la prévalence, les facteurs de risque et les caractéristiques des jeunes suicidaires, plutôt que l'évaluation d'interventions et de programmes efficaces. Cette rareté des études souligne la nécessité de poursuivre les recherches en ce sens.

Une autre limite concerne le fait que les études ne précisent pas la proportion de participants ayant fait des tentatives de suicide par rapport à ceux présentant uniquement des idées suicidaires. Cette distinction permettrait davantage de situer clairement le niveau de gravité du risque suicidaire dans les échantillons étudiés. La sévérité du risque représente une piste centrale pour orienter le type d'intervention à mettre en place. Ainsi, l'absence de cette précision limite la possibilité d'établir un lien clair entre le type d'intervention à privilégier et le niveau de risque suicidaire que présente l'adolescent.

Recommandations

À la lumière des constats et des limites présentés dans la section précédente, il est possible d'émettre plusieurs recommandations pour orienter la pratique en psychoéducation, mais également la recherche et le développement de programmes d'intervention destinés à la clientèle adolescente présentant un risque suicidaire chronique. Les recommandations émises visent à soutenir les intervenants dans le choix d'interventions auprès de cette clientèle, tout en considérant les besoins des adolescents et de leur environnement.

D'abord, compte tenu de l'hétérogénéité des approches recensées et de l'absence de consensus clair par rapport aux interventions à privilégier chez les adolescents présentant un risque suicidaire chronique, il apparaît pertinent d'adopter une posture clinique flexible et ajustée aux caractéristiques propres de chaque individu, à la sévérité de son risque suicidaire et à la réalité de son environnement familial et social. En effet, certaines études (Huey *et al.*, 2004; King *et al.*, 2009) sont centrées sur l'implication des systèmes de l'adolescent, alors que d'autres portent davantage sur le développement d'habiletés individuelles (Rathus et Miller, 2002; Yen *et al.*, 2023). Une posture clinique flexible implique donc d'évaluer la situation et de sélectionner des stratégies d'interventions provenant de différentes approches, selon les besoins réels du jeune. Par exemple, il pourrait s'agir d'intégrer rapidement le travail systémique lorsque les enjeux familiaux maintiennent ou augmentent la détresse; de soutenir l'adolescent dans le développement de compétences communicationnelles lorsque le soutien social perçu est limité, afin de l'aider à exprimer ses besoins et à obtenir une réponse plus adéquate de son réseau; ou encore de privilégier des stratégies de régulation émotionnelle inspirées de la DBT lorsque l'impulsivité ou la détresse prédominent.

Au niveau de la pratique clinique, une seconde recommandation concerne la pertinence de privilégier une approche systémique dans les interventions auprès des adolescents suicidaires. En effet, trois des études recensées soulignent que l'environnement immédiat du jeune joue un rôle déterminant dans le maintien des idées suicidaires (Bertrand, 2014 ; Huey *et al.*, 2004 ; King *et al.*, 2009). La famille, bien que souvent déstabilisée par le risque suicidaire, demeure une composante essentielle au plan de sécurité de l'adolescent (Huey *et al.*, 2004 ; King *et al.*, 2009). Toutefois, l'implication du réseau ne devrait pas se limiter aux périodes de crise suicidaire ou à la surveillance du jeune. Elle devrait plutôt s'inscrire dans un suivi continu qui vise, notamment, à renforcer la qualité des interactions au sein des systèmes.

Tout en maintenant l'idée d'une approche flexible et adaptée à chacun, les interventions devraient dépendre de l'évaluation des besoins réalisée auprès de l'adolescent. Concrètement, cela pourrait se traduire par des interventions centrées sur l'amélioration de la communication

familiale si des écarts de perceptions ont été observés entre l'adolescent et son réseau. Le fait d'apprendre à reconnaître et nommer ses besoins pourrait contribuer à augmenter la perception du soutien social reçu, ce qui constitue un facteur de protection (King *et al.*, 2009). Il pourrait également être pertinent d'accompagner les parents dans le développement de stratégies d'encadrement adaptées et de réactions stables et cohérentes aux besoins du jeune. Autant pour les parents que le milieu scolaire, il est utile de favoriser une meilleure compréhension des comportements suicidaires de l'adolescent, afin de renforcer le filet de sécurité qui l'entoure et de soutenir des réactions cohérentes et adaptées à sa détresse. En définitive, un climat familial soutenant, cohérent et bienveillant constitue un facteur de protection majeur (Debout et Delgènes, 2024). Cela rappelle l'importance de voir la famille comme un levier d'intervention essentiel et souligne que l'approche systémique vise non seulement à mobiliser le réseau, mais également à l'outiller de façon à ce qu'il soit activement impliqué dans le suivi.

Une troisième recommandation est liée à la pertinence d'intégrer le développement de compétences de régulation émotionnelle dans les interventions destinées aux adolescents présentant un risque suicidaire chronique. En effet, les études recensées (Bertrand, 2014; Rathus et Miller, 2002; Yen *et al.*, 2023) soulignent que le fait de renforcer ces habiletés contribue à une diminution significative des comportements suicidaires et des symptômes associés, notamment l'impulsivité et les symptômes anxiodépressifs. Ces programmes amènent les adolescents à développer des outils concrets et sains pour reconnaître, comprendre et gérer leurs émotions difficiles, plutôt que de les éviter ou d'utiliser des stratégies d'adaptation malsaines, telles que les comportements suicidaires. Plus précisément, les programmes tels que la DBT (Rathus et Miller, 2002) et le STEP (Yen *et al.*, 2023) démontrent que l'apprentissage de techniques comme la pleine conscience et la tolérance à la détresse permettent d'améliorer la régulation émotionnelle des adolescents. Il importe de reconnaître que, chez une clientèle reconnue pour présenter des émotions intenses et un niveau d'impulsivité plus élevé (Lupien, 2019; Siegel, 2018), le développement de compétences de gestion émotionnelle représente un levier de prévention significatif. De plus, en étant davantage en mesure de comprendre son vécu émotionnel,

l'adolescent devient plus apte à exprimer ses besoins de façon claire, ce qui permet à son entourage de mieux saisir sa détresse et d'offrir un soutien plus adapté.

En ce sens, les résultats de l'étude de King et al. (2009) rappellent l'importance de travailler non seulement sur la qualité du soutien offert à l'adolescent, mais également sur la perception qu'a le jeune de ce soutien, qui constitue un facteur de protection en soi. Ainsi, la relation entre le jeune et les systèmes qui gravitent autour de lui devrait être considérée comme une cible d'intervention essentielle. Cela implique d'aller au-delà du soutien offert qui est observé de façon objective et de plutôt questionner la perception qu'en a l'adolescent. Il est possible que l'intervenant et la famille ressentent que le jeune est soutenu adéquatement, mais que le soutien reçu ne réponde pas à ses besoins et ses attentes, n'agissant donc pas comme facteur de protection. Concrètement, il peut être utile d'aborder les écarts de perception, d'aider le jeune à reconnaître les gestes de soutien, de soutenir le réseau dans l'expression d'un soutien cohérent et adapté et de travailler les habiletés de communication du jeune et de son réseau immédiat afin de réduire les malentendus.

Une autre recommandation concerne la mobilisation des adolescents dans les programmes d'intervention. Les résultats des études recencées démontrent que les programmes ayant notamment une durée plus courte, des objectifs concrets et favorisant l'implication du réseau tendent à augmenter l'engagement et la rétention des participants (Bertrand, 2014; Rathus et Miller, 2002). Ainsi, il apparaît pertinent d'adapter les programmes à la clientèle adolescente en tenant compte de leurs besoins, en privilégiant des programmes plus courts, centrés sur le développement d'habiletés concrètes et en offrant des occasions d'impliquer le réseau.

Enfin, une dernière recommandation peut être émise au niveau clinique. Les résultats de l'étude de Cartel *et al.* (2007) rappellent la pertinence d'intégrer davantage des interventions simples, accessibles et peu coûteuses, telles que l'envoi de cartes postales. Cette intervention pourrait également se traduire par des messages de suivi après un moment de crise, l'objectif étant de maintenir un contact régulier et personnalisé avec l'adolescent. Sans remplacer les

interventions individuelles et familiales, ce type de stratégie peut agir comme complément intéressant pour contribuer à renforcer le filet de sécurité autour du jeune.

Finalement, plusieurs recommandations peuvent également être émises pour orienter les recherches futures en psychoéducation. D'abord, il apparaît pertinent d'accroître le nombre d'études portant spécifiquement sur les interventions à privilégier chez les adolescents présentant un risque suicidaire chronique, de manière à consolider l'état des connaissances et à augmenter la possibilité de dégager des lignes directrices claires pour guider la pratique clinique. Le fait de documenter davantage l'efficacité des programmes existants permettrait d'appuyer les constats actuels et en faciliterait la généralisation. Il serait également pertinent de former des échantillons plus représentatifs, en équilibrant davantage la proportion de participants selon le genre. Cette tendance est importante à considérer, puisque certains résultats suggèrent que les individus pourraient répondre différemment aux interventions selon leur genre (Carter *et al.*, 2007). De plus, contrairement à la majorité des études qui incluaient des participants ayant des idées suicidaires et d'autres ayant commis des tentatives de suicide, il serait utile que les prochaines études distinguent ces deux types de comportements suicidaires, de façon à préciser le niveau de sévérité du risque suicidaire et ainsi, mieux comprendre pour quel profil d'adolescent les interventions présentées sont le mieux adaptées. Enfin, une autre recommandation concerne la durée des études. Comme la majorité des études recensées ont été évaluées sur des périodes relativement courtes et que peu de données sont disponibles par rapport au maintien des effets au fil du temps, il pourrait être pertinent de réaliser des études longitudinales afin de documenter les effets à long terme des interventions.

Conclusion

Cet essai permet d'identifier des pistes d'interventions pertinentes auprès d'adolescents présentant des idées suicidaires chroniques. Bien que les études recensées utilisent des approches variées, l'ensemble du présent travail souligne la nécessité d'approfondir les futures recherches empiriques afin de mieux cerner les interventions à privilégier et de déterminer les conditions précises dans lesquelles elles devraient être mises en œuvre.

Les constats présentés rappellent l'importance d'adopter une approche adaptée à chaque adolescent, en tenant compte non seulement de ses besoins individuels, mais également des contextes familiaux et sociaux dans lesquels il évolue. De manière transversale, la pertinence d'une vision systémique de la suicidalité, de soutenir le développement des habiletés de régulation émotionnelle et du travail sur la perception du soutien social sont des éléments centraux pour réduire les comportements suicidaires.

Néanmoins, considérant le nombre restreint d'études recensées et leurs limites méthodologiques, il demeure nécessaire d'améliorer la qualité et la variété des recherches, notamment en assurant des échantillons plus représentatifs et en augmentant les évaluations de programmes adaptés aux adolescents. Le développement des connaissances et l'établissement de repères cliniques mieux définis pourraient contribuer à atténuer le sentiment d'impuissance souvent ressenti par des cliniciens face à la détresse suicidaire de ces jeunes.

En somme, une compréhension plus fine des interventions les plus efficaces pour les adolescents présentant une suicidalité chronique permettrait non seulement d'orienter la pratique clinique, mais également de mieux soutenir cette clientèle vulnérable.

Références

- Bagley, S. M. et Pekarski, A. R. (2024). *Développement psychosocial chez les adolescents* <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/pédiatrie/croissance-et-développement/développement-de-l-adolescent>
- Bertrand, P. (2014). *Évaluation du programme d'intervention de protection de soi auprès de jeunes ayant fait de multiples tentatives de suicide* <https://archipel.uqam.ca/6945/1/D2721.pdf>
- Bondy, B., Buettner, A., et Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351.
- Brezo, J. (2008). *Nonfatal suicidal behaviors: contributions of personality traits, genes, and gene-environment interactions* [Thèse de doctorat inédite]. Université de McGill. https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR48033.PDF?oclc_number=700675439
- Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., et D'Este, C. (2007). Postcards from the Edge: 24-month outcomes of a randomized controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 191(6), 548-553. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038406>
- Cournoyer, M. (2016). *Comment expliquer les idées suicidaires chez les jeunes de 12 à 17 ans en populations scolaires et cliniques*. [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/9115/1/D3152.pdf>
- Cournoyer, M., Labelle, R., Berthiaume, C. et Bergeron, L. (2016). Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents ? Analyses selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 41-62.
- Czyz, E. K. (2023). Prediction of suicidal behavior risk among adolescents seen in psychiatric settings. *ProQuest Information & Learning*, 84(10-B). <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2023-76638-069&site=ehost-live>
- Debout, M. et Delgènes, J. C. (2024). *Idées reçues sur le suicide – mieux comprendre pour mieux prévenir*. Le Cavalier Bleu.
- DiBlasi, E., Kang, J. et Docherty, A.R. (2021). Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological Medicine*, 51(13), 2148-2155.

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. et Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.239>
- Goodwin, R. D., Beautrais, A. L. et Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts evidence from a general population sample. *Elsevier Masson*, 126, 159-165.
- Gouvernement du Canada. (2023). *Données sur le suicide au Canada (infographique)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donees-suicide-canada-infographique.html>
- Gouvernement du Canada. (2024). *Suicide au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/suicide-canada.html#>
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., et Edwards, J. (2004). Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C. et Appleby, L. . (2006). The Repetition of Suicidal Behavior: A Multicenter Cohort Study. *Physicians Postgraduate Press*, 67(10), 1599-1609.
- King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P. et Gillespie, B. (2009). The Youth-Nominated Support Team–Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 880-893. <https://doi.org/10.1037/a0016552>
- Korczak, D. J. (2015). L'idéation et les comportements suicidaires. *Paediatrics & Child Health*, 20(5), 261-264. <https://academic.oup.com/pch/article/20/5/261/2648916?login=false>
- Lafontaine, J. (2022). *Évaluation du suicide*. Association des Médecins Psychiatres du Québec. <https://ampq.org/wp-content/uploads/2025/02/feuille-d-information-sur-levaluation-du-suicide-jljuin2022.pdf>
- Lévesque, P., Pelletier, É., et Perron, P. A. (2020). *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 - Mise à jour 2020*. Institut national de santé publique du Québec Retrieved from https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2642_suicide-quebec_2020.pdf
- Lupien, S. (2019). *À chacun son stress*. Éditions Va Savoir.

- Mirkovica, B., Bellonclec, V., Rousseauc, C., Knafod, A., Guilée, J.-M. et Gérardin, P. (2014). Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Elsevier Masson*, 62(1), 33-46. <https://www.sciencedirect.com.biblioproxy.uqtr.ca/science/article/pii/S0222961713002249>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Suicide*. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/suicide>
- Périsset, D. et Cohen, D. (2003). Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Le Carnet PSY*, 85(8), 29. <https://doi.org/10.3917/lcp.085.0029>
- Provost, M. A., Alain, M., Leroux, Y. et Lussier, Y. (2016). *Normes de présentation d'un travail de recherche* (5^e éd.). Les Éditions SMG.
- Rathus, J. H. et Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Siegel, D. J. (2018). *Le cerveau de votre ado*. Guy Saint-Jean Éditeur. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=4t0oEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=cerveau+à+l%27adolescence+&ots=rnUndMrn8a&sig=p6_xvoxAh86nqRxPXOMQIkb7eiA&redir_esc=y#v=onepage&q=cerveau%20à%20l'adolescence&f=false
- Silveira da Mota, M. S., Bohm Ulguim, H., Jansen, K., Cardoso, T. d. A. et Souza, L. D. D. M. (2024). Are big five personality traits associated to suicidal behaviour in adolescents? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Disorders* 347, 115-123.
- Université de Montréal. (s.d.). *Citer selon les normes de l'APA 7e édition. À propos. Normes de l'APA (7e éd.)*. <https://bib.umontreal.ca/citer/styles-bibliographiques/apa>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Yen, S., Suazo, N., Doerr, J., Macrynika, N., Villarreal, L. S., Sodano, S., O'Brien, K. H. M., Wolff, J. W., Breault, C., Gibb, B. E., Elwy, R., Kahler, C. W., Ranney, M., Jones, R. et Spirito, A. (2023). Skills to Enhance Positivity in adolescents at risk for suicide: Protocol for a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 18(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287285>