

# Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois

Section santé mentale

Jean-Jacques BRETON  
*Hôpital Rivière-des-Prairies  
Université de Montréal  
et Centre de recherche psychiatrique Fernand-Seguin*  
Gilles LÉGARÉ  
*Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent  
et Institut national de santé publique du Québec*  
Johanne LAVERDURE  
*Institut national de santé publique du Québec*  
Yvan D'AMOURS  
*Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec*

## INTRODUCTION

Diminuer les problèmes de santé mentale et réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide constituent deux objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 (MSSS, 1992). Lors du bilan de la Politique de santé mentale, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ont demandé d'accorder une priorité aux problèmes de santé mentale des jeunes (MSSS, 1997b). Le suicide et l'adaptation sociale des jeunes sont devenus en 1997 des priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997a). Le ministère de la Santé et des Services sociaux considère maintenant les jeunes comme une des deux clientèles prioritaires dans son

Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec (MSSS, 1998a). C'est dire toute l'importance dévolue actuellement à la santé mentale et à l'adaptation sociale des jeunes Québécois.

Cette priorité accordée aux problèmes de santé mentale des jeunes s'appuie sur une réalité de santé publique incontournable. Les taux de suicide des jeunes Québécois de 10 à 24 ans se révèlent constamment supérieurs à la moyenne canadienne depuis le début des années 1990. Le Québec se retrouve dans le peloton de tête des pays occidentaux (D'Amours, 1997). Avec un taux de 20,2 par 100 000 pour les adolescents de 15 à 19 ans en 1994, le Québec se situe légèrement au-dessous du taux européen le plus élevé observé en Finlande (22,0) et au-dessus des taux en Norvège (17,1), en Autriche (15,5) et dans les autres pays européens (Rey *et al.*, 1997). La situation est à ce point préoccupante que le MSSS a récemment défini une stratégie d'action face au suicide (MSSS, 1998b).

La détresse psychologique touche également les jeunes Québécois. Elle constitue, en 1998, le lot quotidien de 29 % des adolescents de 15 à 19 ans (Légaré *et al.*, 2000). L'étude des troubles mentaux les plus fréquents à l'adolescence dans la population générale révèle, selon les réponses des jeunes, une prévalence de 18 % sur une période de six mois chez les jeunes de 12 à 14 ans en 1992 et de 24 % chez ceux de 14 à 17 ans en 1995-1997 (Breton *et al.*, 1999 ; Romano *et al.*, sous presse).

Certes, les problèmes de santé mentale des jeunes ont fait l'objet de plusieurs recherches au cours des deux dernières décennies. Il s'agit cependant en majorité d'études locales ou régionales réalisées en collaboration avec le milieu scolaire. Par exemple, les conduites suicidaires ont été étudiées auprès des jeunes des régions de Montréal (Tousignant, Hamel et Bastien, 1988) et de Trois-Rivières (Côté, Pronovost et Ross, 1990) et plusieurs aspects de la vie des jeunes incluant l'estime de soi, la détresse psychologique et les conduites suicidaires ont été étudiées dans les régions de l'Outaouais (Deschesnes, 1997) et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Veillette *et al.*, 1998 ; Perron *et al.*, 1999). Peu d'enquêtes nationales représentatives de tous les jeunes Québécois ont été réalisées. Les enquêtes générales de Santé Québec de 1987, 1992-1993 et 1998 ont apporté des connaissances sur la détresse psychologique et les conduites suicidaires mais uniquement chez les personnes de 15 ans et plus. L'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 1992 (Breton *et al.*, 1999) et l'étude longitudinale des enfants de maternelle (Romano *et al.*, sous presse) ont surtout ciblé les troubles mentaux intériorisés et extériorisés.

Il n'existe pas non plus de données nationales au sujet de l'estime de soi des jeunes du Québec. Pourtant l'estime de soi, c'est-à-dire le respect et la valeur qu'un jeune s'accorde à lui-même, constitue un facteur de protection fréquemment utilisé dans les programmes québécois de

prévention et de promotion en santé mentale. L'estime de soi varie selon l'âge, le sexe, la qualité des liens familiaux et parentaux et est associée aux problèmes de santé mentale des jeunes comme la dépression, les idéations suicidaires et les troubles de comportement (Ayotte, 1996 ; Harter, 1993). L'étude de la santé mentale des jeunes, dans le cadre de la présente enquête, prend en compte l'estime de soi en lien avec plusieurs autres variables, en conformité avec les modèles écologique (Bronfenbrenner, 1989) et transactionnel du développement (Sroufe et Rutter, 1984). Comment l'estime de soi varie-t-elle selon l'âge et le sexe des jeunes ainsi que le soutien affectif des parents ? Comment cette variable est-elle associée à la détresse psychologique et aux conduites suicidaires ? Voilà des questions auxquelles tente de répondre ce chapitre.

Les données nationales sur les troubles émotifs et les idéations suicidaires des enfants de 9 ans et la détresse psychologique des adolescents de 13 ans font également défaut. Qu'en est-il des troubles émotifs à l'âge de neuf ans ? Est-ce que la fréquence des idéations suicidaires est élevée chez les jeunes de neuf ans ? Y a-t-il une association entre idéations suicidaires à neuf ans et soutien affectif des parents ? Y a-t-il une association entre détresse psychologique à l'adolescence et nombre de sources de soutien ? Voilà d'autres questions auxquelles tente de répondre le chapitre.

Enfin, l'étude des comportements de recherche d'aide des jeunes à risque de suicide ou qui démontrent un niveau élevé de détresse psychologique constitue une dimension importante du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale au Québec (MSSS, 1998a). Les jeunes à risque de suicide se confient surtout à leurs pairs (Côté *et al.*, 1990 ; Deschesnes, 1997 ; Gariépy, 1997 ; Tousignant *et al.*, 1988). Pourquoi ne consultent-ils pas un professionnel ? Est-ce pour des raisons instrumentales comme la disponibilité ou pour des raisons ou barrières psychologiques comme les réactions de la famille ou à cause de croyances personnelles ? Voilà les dernières questions posées dans le contexte de ce chapitre.

Le texte se divise en trois parties. Les aspects méthodologiques sont présentés en premier lieu. Les résultats sur l'estime de soi, les troubles émotifs des enfants, la détresse psychologique des adolescents et finalement les idées et tentatives de suicide suivent. Les principales conclusions et recommandations font l'objet de la dernière partie du chapitre.

## ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

L'estime de soi des enfants de neuf ans a été étudiée à l'aide des questions E22a à E22h du questionnaire aux enfants de neuf ans. Cette sous-échelle de type Likert sur le concept de soi global comprend huit items ; elle

provient du Questionnaire d'autodescription de Marsh (1990). La fiabilité et la validité du questionnaire d'origine ont été évaluées lors de nombreuses études. La consistance interne des réponses a été mesurée auprès d'un échantillon normatif de 3 562 jeunes de la région métropolitaine de Sydney (Marsh, 1990). Une version française de l'instrument a fait l'objet d'une validation auprès d'un échantillon québécois de 701 enfants du deuxième cycle du primaire provenant de différents milieux socio-économiques. Les résultats confirment la fiabilité et la validité de la version française à l'exception du concept de soi global chez les garçons (Gagnon *et al.*, 1994). Un indice dont l'étendue varie de 8 à 32 a été construit. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. La moyenne est utilisée pour fins de comparaison. Le taux de non-réponse partielle (TNRP) des enfants de neuf ans s'élève à 5,2 % et se répartit également selon le sexe.

L'estime de soi des adolescents de 13 et 16 ans a été étudiée à l'aide de la traduction française du *Rosenberg's self esteem scale* (Vallières et Vallerand, 1990). Ce bref questionnaire de 10 items permet d'évaluer à quel point un individu se considère comme une personne de valeur, possède un certain nombre de belles qualités, a une attitude positive à l'égard de lui-même et ne se considère pas comme inutile ou bon à rien. Il s'agit des questions A23a à A23j et Q31a à Q31j. Les qualités psychométriques de la traduction française sont acceptables et se comparent favorablement à la version anglaise (Vallières et Vallerand, 1990). L'échelle de Rosenberg a été utilisée dans trois enquêtes québécoises (Deschesnes, 1997 ; Perron *et al.*, 1999 ; Bellerose *et al.*, à paraître). Elle se compare au concept général de soi du Questionnaire d'autodescription de Marsh. L'étendue de l'échelle varie de 10 à 40. Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi est élevé. Trois catégories de répondants sont établies selon la répartition utilisée dans l'étude du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Perron *et al.*, 1999) : estime de soi faible correspondant au quintile inférieur, estime de soi moyenne correspondant au 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> quintiles et estime de soi élevée correspondant au quintile supérieur. Le TNRP de 5,6 % chez les adolescents de 13 ans se répartit également selon le sexe. Le TNRP est de 2,7 % chez les adolescents de 16 ans.

L'évaluation des troubles émotifs des enfants de neuf ans a été réalisée à l'aide d'un indice de sept items. Il s'agit des questions PE55a à PE55g du questionnaire autoadministré des parents d'enfants qui mesurent la fréquence de sept symptômes de dépression et d'anxiété. Cet indice, dont les questions proviennent de l'enquête ontarienne sur la santé des enfants (Offord *et al.*, 1987), a été identifié a posteriori à la suite du premier cycle de la collecte des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants auprès d'environ 25 000 enfants de la naissance jusqu'à 11 ans

(ELNE, 1994-1995). Les items de l'indice ont été trouvés par une analyse factorielle. L'alpha de Cronbach s'élève à 0,79. Pour la présente enquête, un score a été construit dont l'étendue varie de 0 à 21. Plus le score est élevé, plus les symptômes de troubles émotifs sont importants. Deux catégories de répondants sont établies : niveau faible/moyen correspondant aux quartiles un à trois et niveau élevé correspondant au quartile supérieur. Le TNRP atteint 8,9 % et il est plus élevé chez les garçons (11,1 %) que chez les filles (6,6 %). Il varie peu selon la scolarité des parents et la prévalence d'idées suicidaires.

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec a été retenu pour estimer le niveau de détresse psychologique des adolescents de 13 ans et de 16 ans. Cet indice de 14 questions mesure la fréquence des symptômes liés à la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les troubles cognitifs au cours de la semaine précédant l'enquête. Il s'agit des questions A33a à A33n et Q41a à Q41n du questionnaire autoadministré des adolescents. Cet indice a été utilisé lors des enquêtes générales de Santé Québec réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et lors d'enquêtes régionales. Deschesnes (1998) a démontré que la fiabilité et la validité de cet indice étaient acceptables pour une population adolescente québécoise. L'étendue varie de 0 à 100. Deux catégories de répondants sont établies : niveau faible/moyen correspondant aux quintiles un à quatre et niveau élevé correspondant au quintile supérieur. La durée des symptômes de détresse, la consultation d'un professionnel et les raisons qui ont empêché de demander de l'aide sont également étudiées. Il s'agit des questions A34 à A36 et Q42 à Q44. La liste des raisons provient de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Breton *et al.*, 1997). Le TNRP à l'indice de détresse psychologique est inférieur à 1 % chez les adolescents.

La prévalence des idéations suicidaires sérieuses des enfants de neuf ans a été étudiée à l'aide d'une question utilisée lors de l'évaluation d'un programme en prévention du suicide (Mishara, 1998). Il s'agit de la question E46 du questionnaire autoadministré des enfants. Une étude en profondeur de plus de 100 enfants québécois de 6 à 12 ans a démontré qu'ils possèdent une conception de la mort et du suicide suffisamment évoluée pour assurer une validité de contenu suffisante (Mishara, 1999). Les questions mesurant les comportements suicidaires des adolescents sont issues d'enquêtes américaines et canadiennes (Brener *et al.*, 1995 ; Kann *et al.*, 1998). Les questions sur l'estimation de l'intensité des idéations suicidaires et la recherche d'aide proviennent d'enquêtes québécoises récentes (Légaré *et al.*, 1995 ; Champoux *et al.*, 1991 ; Côté *et al.*, 1990 ; Deschesnes, 1997 ; Breton *et al.*, 1997).

La différence de libellé des questions sur les idéations suicidaires à 9 ans et à 13 et 16 ans ne permet pas de comparaison valide entre ces

groupes d'âge. Le TNRP pour les idéations suicidaires et les tentatives de suicide est de moins de 3 % et pour l'intensité suicidaire et les comportements de recherche d'aide, il est inférieur à 6 %.

## RÉSULTATS

### Estime de soi

À l'âge de 9 ans, la moyenne évaluée de l'échelle d'estime de soi est d'environ 28 et 27,6 pour les garçons et les filles respectivement (figure 1). La scolarité des parents est associée à l'estime de soi des enfants de cet âge. La moyenne de l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants de parents ayant terminé des études collégiales ou universitaires (28,3) que pour les enfants des parents ayant un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent (27,2). Le soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont associés à l'estime de soi. La moyenne de l'échelle d'estime de soi est plus élevée pour les enfants percevant un niveau élevé de soutien affectif maternel et paternel que pour ceux rapportant un niveau faible ou moyen. Il en est de même pour les enfants disposant de quatre sources de soutien social ou plus comparativement à ceux disposant de trois sources ou moins (figure 4).

Par ailleurs, on évalue que les proportions d'adolescents présentant un niveau d'estime de soi élevé se révèlent plus élevées chez les garçons que chez les filles à 13 ans (26 % contre 16 % ; figure 2) tout comme à 16 ans (37 % contre 25 % ; figure 3).

À l'âge de 13 et 16 ans, le soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont associés au niveau d'estime de soi. En effet, la proportion d'adolescents de 13 ans avec un niveau d'estime de soi faible est plus élevée chez ceux qui perçoivent un soutien affectif maternel faible que chez ceux qui perçoivent un soutien affectif maternel élevé (37 % contre 13 %). Le même écart s'observe chez les adolescents de 16 ans (29 % contre 16 %). De telles variations se retrouvent pour le niveau d'estime de soi faible et le soutien affectif paternel chez les adolescents de 13 ans (34 % contre à 14 %) et 16 ans (30 % contre 15 %). Un profil semblable se dégage de l'analyse du niveau d'estime de soi faible et du nombre de sources de soutien rapporté par les adolescents de 13 ans et 16 ans, soit environ 30 % pour ceux qui rapportent trois sources et moins et 20 % pour ceux qui en rapportent quatre et plus (figures 5 et 6).

FIGURE 1

Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de neuf ans selon le sexe, Québec, 1999

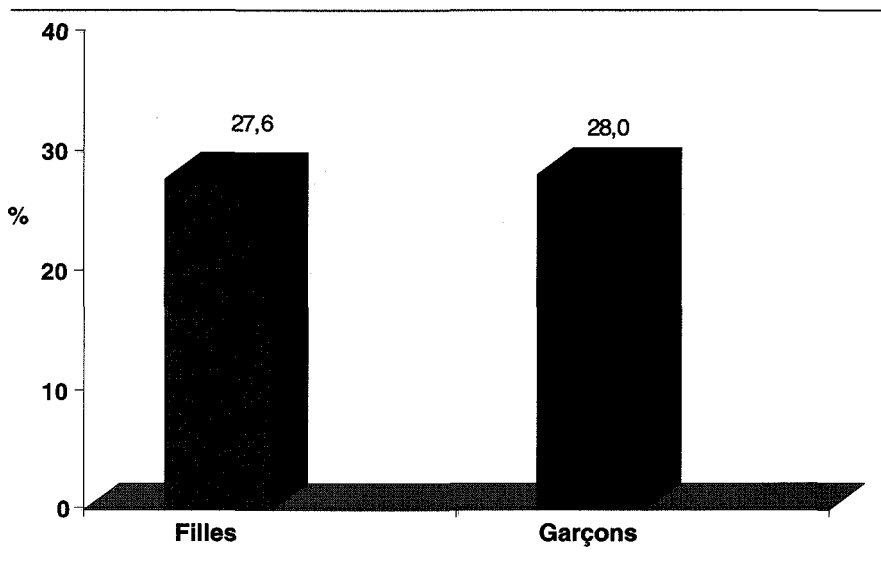


FIGURE 2

Niveau d'estime de soi des adolescents de 13 ans selon le sexe, Québec, 1999

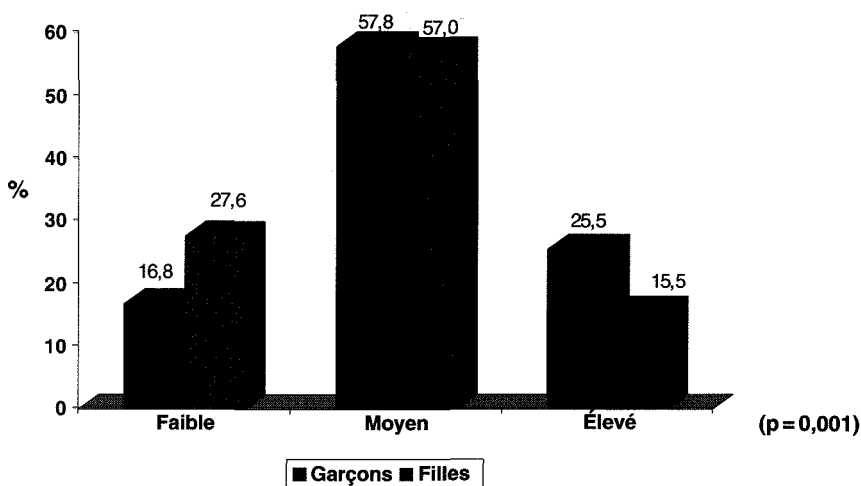


FIGURE 3

Niveau d'estime de soi des adolescents de 16 ans selon le sexe, Québec, 1999

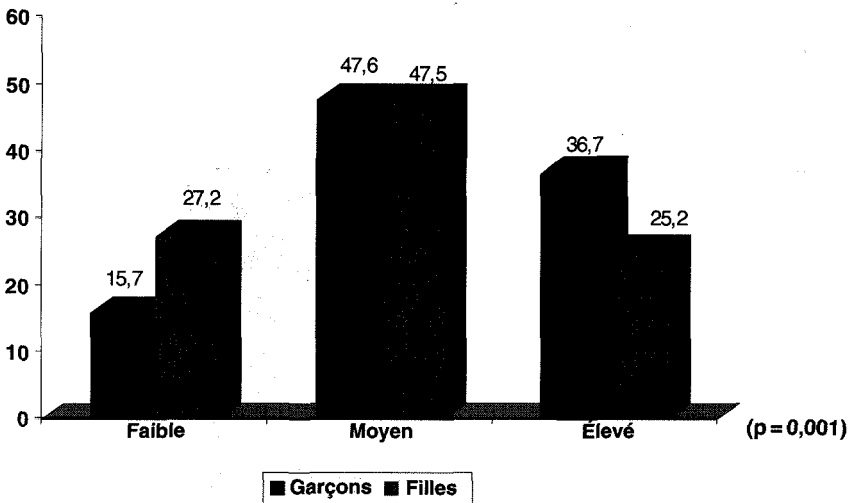


FIGURE 4

Niveau d'estime de soi des enfants de neuf ans selon les modalités de soutien, Québec, 1999

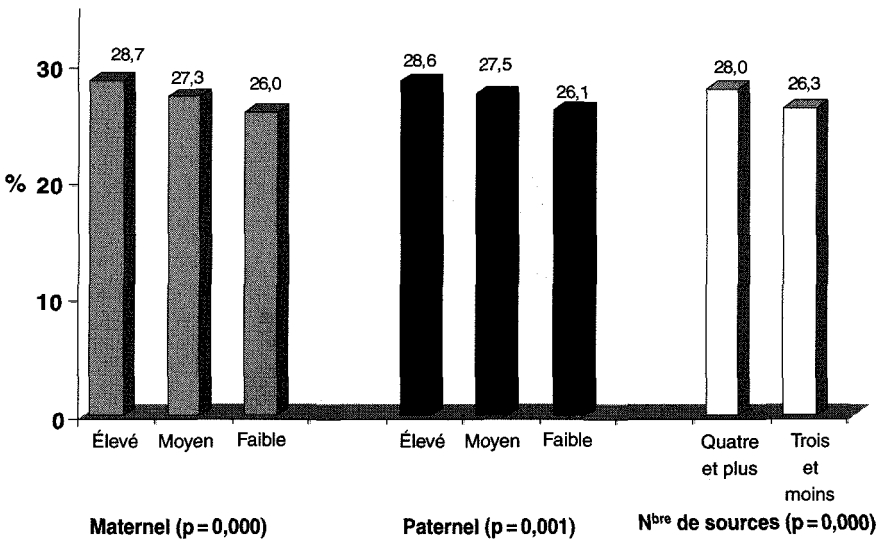




FIGURE 5

Niveau d'estime de soi des adolescents de 13 ans selon les modalités de soutien, Québec, 1999

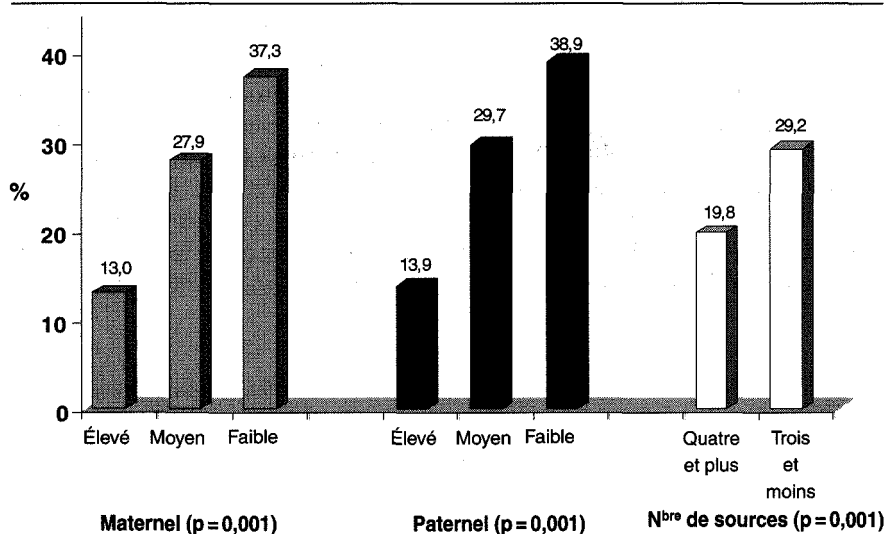
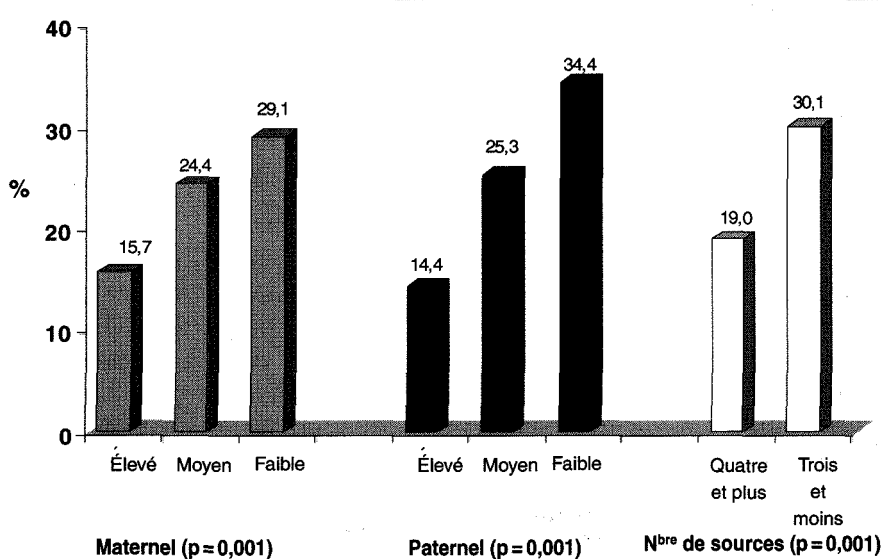


FIGURE 6

Niveau d'estime de soi des adolescents de 16 ans selon les modalités de soutien, Québec, 1999



## Troubles émotifs des enfants et détresse psychologique des adolescents

L'estimation de l'indice de troubles émotifs des enfants de neuf ans, selon les parents, révèle que la proportion des garçons qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs a tendance à être supérieure à celle des filles (27 % contre 22 %). Cependant, on ne détecte pas de différence significative. La proportion des enfants de neuf ans présentant un niveau élevé de troubles émotifs est plus élevée dans les familles recomposées (33 %) ou monoparentales (30 %) que dans les familles biparentales (22 %). Elle est également plus élevée chez les enfants dont les parents présentent un niveau élevé de détresse psychologique (45 %) que chez ceux dont les parents ont un niveau faible ou moyen de détresse psychologique (20 % ; tableau 1).

TABLEAU 1

*Niveau élevé de troubles émotifs des enfants de neuf ans selon le sexe, le type de milieu familial et le niveau de détresse psychologique du parent, Québec, 1999*

	%	
<b>- Sexe</b>		
Garçons	27,3	
Filles	22,3	(NS)
<b>- Type de milieu familial</b>		
Avec mère et père	22,2	
Avec parent et beau-parent	32,6	
Avec parent seul	30,3	(p = 0,001)
<b>- Niveau de détresse psychologique du parent</b>		
Élevé	45,3	
Moyen, faible	19,9	(p = 0,001)

On estime que la proportion d'adolescents ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique se situe à environ 22 % et 19 % chez les jeunes de 13 ans et 16 ans respectivement. Les proportions d'adolescents de 13 ans et de 16 ans ayant un niveau élevé de détresse psychologique se révèlent plus élevées chez les filles que chez les garçons. En effet, un peu plus d'une fille de 13 ou 16 ans sur quatre présente un niveau élevé de détresse psychologique comparativement à un garçon de 13 ans sur six et un garçon de 16 ans sur huit (tableau 2).

TABLEAU 2

Niveau élevé de troubles émotifs des adolescents de 13 ans et 16 ans  
selon le sexe et l'estime de soi, Québec, 1999

	13 ans %	16 ans %
<b>- Sexe</b>		
Garçons	16,3	12,0
Filles	27,1 (p = 0,001)	26,8 (p = 0,001)
<b>- Estime de soi</b>		
Faible	45,8	48,8
Moyen	19,1	16,3
Élevé	2,2* (p = 0,001)	4,2*

\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

On ne détecte pas d'association entre la structure familiale et la détresse psychologique chez les adolescents de 13 ans et 16 ans. L'estime de soi est cependant associée à la détresse psychologique à l'adolescence. En effet, à 13 ans, on évalue que seulement 2,2 % des adolescents avec un niveau élevé d'estime de soi rapportent un niveau élevé de détresse psychologique alors que la proportion des adolescents ayant un niveau élevé de détresse psychologique augmente à 46 % chez ceux dont le niveau d'estime de soi est faible. La même association s'observe chez les adolescents de 16 ans (4,2 % contre 49 %) (données non présentées).

À l'âge de 13 ans et 16 ans, le soutien affectif maternel, paternel et le nombre de sources de soutien sont aussi associés à la détresse psychologique. En effet, la proportion estimée d'adolescents de 13 ans avec un niveau élevé de détresse psychologique est inférieure chez ceux qui perçoivent un soutien affectif maternel élevé à celle retrouvée chez ceux qui perçoivent un soutien affectif maternel faible (16 % contre 37 %). Il en est de même chez les adolescents de 16 ans (15 % contre 24 %). Les mêmes associations se retrouvent pour le niveau élevé de détresse psychologique et le soutien affectif paternel élevé ou faible chez les adolescents de 13 ans (14 % contre 42 %) et 16 ans (12 % contre 35 %). Un profil semblable se dégage pour le niveau élevé de détresse psychologique et le nombre de sources de soutien rapporté par les adolescents de 13 ans (19 % contre 32 %) et de 16 ans (17 % contre 32 % ; figures 7 et 8).

FIGURE 7

Niveau élevé de détresse psychologique des adolescents de 13 ans selon les modalités de soutien, Québec, 1999

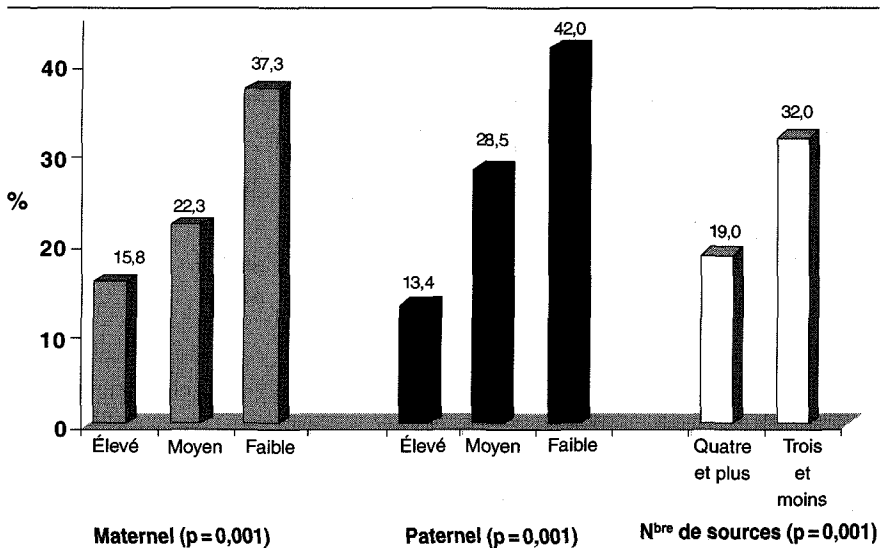
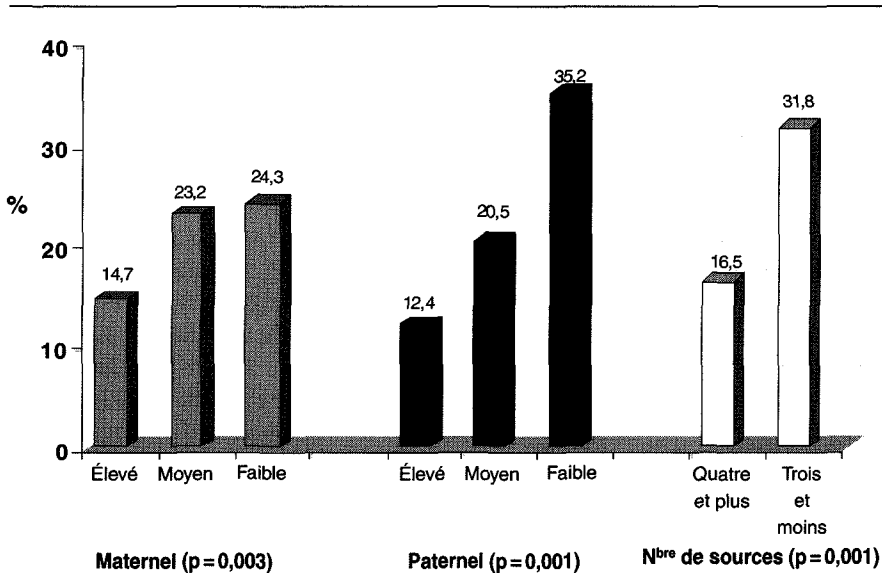


FIGURE 8

Niveau élevé de détresse psychologique des adolescents de 16 ans selon les modalités de soutien, Québec, 1999



## IDÉES ET TENTATIVES DE SUICIDE

La prévalence estimée des idéations suicidaires sérieuses des enfants de 9 ans au cours de l'année précédant l'enquête s'élève à 7,6 %. La différence entre les filles (7 %) et les garçons (8 %) n'est pas significative.

La variable réussite scolaire est associée à la prévalence des idéations suicidaires chez les enfants de 9 ans. Les enfants qui n'ont jamais redoublé d'année rapportent moins fréquemment des idéations suicidaires sérieuses (8 %) que les redoublants (16 %; tableau 3).

**TABLEAU 3**  
*Idéations suicidaires (12 mois) des enfants de 9 ans  
selon le sexe et le redoublement, Québec, 1999*

	%	
<b>- Sexe</b>		
Garçons	8,0*	
Filles	7,2*	(NS)
Total	7,6	
<b>- Redoublement</b>		
Non	7,5	
Oui	16,1**	(p = 0,002)

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

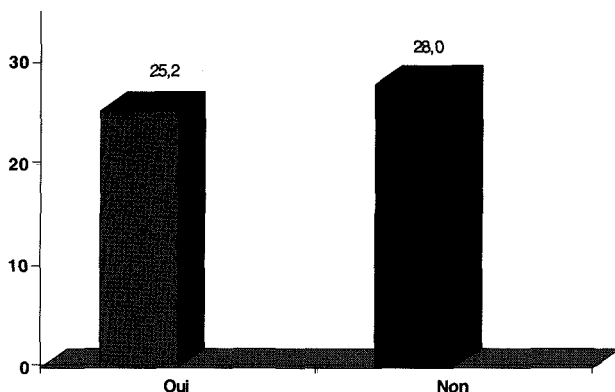
\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Certains facteurs tels que le niveau d'estime de soi, la réussite scolaire, le soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien sont reliés aux comportements suicidaires des jeunes. Ainsi, les enfants de neuf ans qui ne rapportent pas d'idéations suicidaires ont un niveau d'estime de soi à l'échelle de Marsh supérieur (28,0) à celui de ceux qui rapportent de telles idéations (25,2 ; figure 9).

Les niveaux de soutien affectif maternel et paternel rapportés par les enfants de neuf ans sont aussi associés à la présence d'idéations suicidaires. En effet, on observe une proportion estimée plus élevée de telles idéations chez les enfants ayant un soutien affectif maternel faible (13 %) que chez les enfants ayant rapporté un niveau de soutien élevé (5 %). Le même écart significatif est observé pour le soutien affectif paternel avec 12 % d'idéations suicidaires chez les enfants rapportant un niveau de soutien faible

FIGURE 9

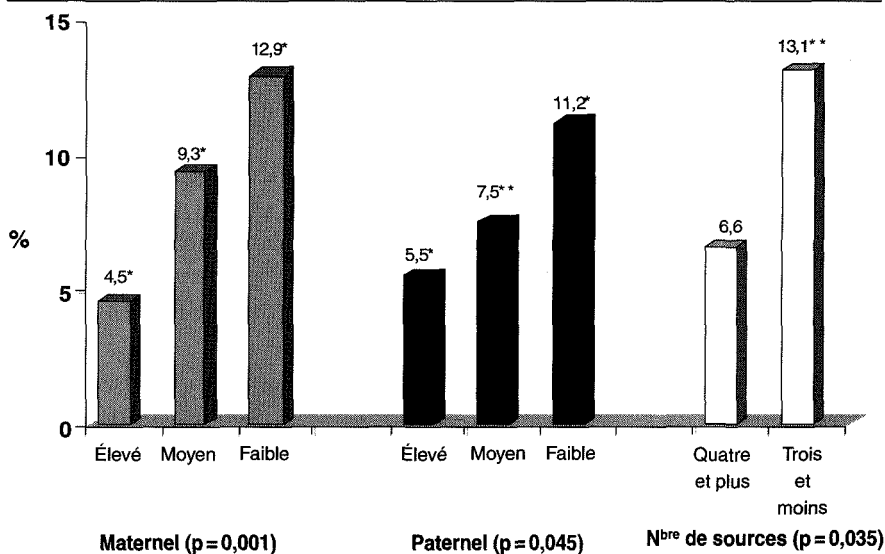
Moyenne à l'échelle d'estime de soi des enfants de neuf ans selon la présence d'idéations suicidaires, Québec, 1999



**Idéations suicidaires (p = 0,001)**

FIGURE 10

Idéations suicidaires des enfants de 9 ans (12 mois) selon les modalités de soutien, Québec, 1999



\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

comparativement à 6 % chez ceux qui ont un niveau de soutien élevé. Un écart semblable est observé entre les enfants disposant de trois sources de soutien et moins (13 %) et ceux qui en ont quatre et plus (7 % ; figure 10).

Par ailleurs, la prévalence estimée des idées suicidaires sérieuses sur une période de 12 mois est associée à l'âge. Ainsi, elle est plus élevée chez les adolescents de 16 ans (10 %) que chez ceux de 13 ans (7 %). La présence d'idées suicidaires sérieuses est également associée au sexe, les adolescentes obtenant une prévalence supérieure aux garçons tant à 13 ans (10 % contre 4 %) qu'à 16 ans (12 % contre 8 %) et les garçons de 16 ans démontrant une prévalence supérieure (8 %) à leurs cadets de 13 ans (4 %).

Une question de l'enquête permettait d'apprécier l'intensité de ces idéations suicidaires sérieuses par la planification d'un moyen, d'un moment ou d'un lieu pour s'enlever la vie. Environ la moitié des jeunes de 13 ans et 16 ans (50 % et 49 %) qui rapportent de telles idéations ont également envisagé un moyen pour en finir. L'enquête a également permis d'estimer que 3,8 % des adolescents de 13 ans et 3,2 % des adolescents de 16 ans rapportent avoir tenté de s'enlever la vie à au moins une reprise dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. Approximativement 1 % des jeunes de 13 ans et 16 ans affirment avoir effectué plus d'une tentative de suicide au cours de la période de référence de 12 mois. Les filles de 13 ans rapportent plus de tentatives (6 %) que les garçons de cet âge (2 %) ; une tendance dans le même sens apparaît chez leurs aînés de 16 ans (tableau 4).

TABLEAU 4

*Conduites suicidaires des adolescents de 13 ans et 16 ans (12 mois)  
selon le sexe, Québec, 1999*

	13 ans %	16 ans %
<b>- Idéations suicidaires</b>		
Garçons	3,6	7,8
Filles	10,1 (p = 0,001)	11,9 (p = 0,032)
Total	6,8	9,8
<b>- Tentatives de suicide selon le sexe</b>		
Garçons	1,7**	2,1**
Filles	5,9* (p = 0,001)	4,4* (p = 0,04)
Total	3,7*	3,2*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les idéations suicidaires sérieuses rapportées par les adolescents de 13 ans et de 16 ans sont aussi associées au niveau d'estime de soi, au soutien affectif parental perçu et au nombre de sources de soutien. Ainsi, les adolescents qui affichent un niveau élevé à l'échelle de l'estime de soi obtiennent une prévalence estimée d'idéations suicidaires sérieuses inférieure à ceux ayant une faible estime de soi, et ce, tant chez les 13 ans (2,4 % contre 15 %) que chez les 16 ans (0,7 % contre 30 % ; tableau 5). Les adolescents qui rapportent un soutien affectif élevé tant de la mère que du père obtiennent des prévalences d'idéations suicidaires sérieuses inférieures à ceux qui perçoivent un soutien faible chez les jeunes de 13 ans (mère : 4,0 % contre 14 %, père : 3 % contre 17 % ; figure 11) et ceux de 16 ans (mère : 6 % contre 13 %, père : 5 % contre 18 % ; figure 12). Il en va de même du nombre de sources de soutien où les jeunes qui déclarent quatre sources de soutien et plus obtiennent une prévalence d'idéations suicidaires sérieuses inférieure à ceux qui rapportent trois sources de soutien ou moins.

TABLEAU 5

*Idéations suicidaires des adolescents de 13 ans et 16 ans (12 mois)  
selon le niveau d'estime de soi, Québec, 1999*

	13 ans %	16 ans %
- Niveau d'estime de soi		
Élevé	2,4**	0,7*
Moyen	4,7*	6,4*
Faible	15,3	30,3

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

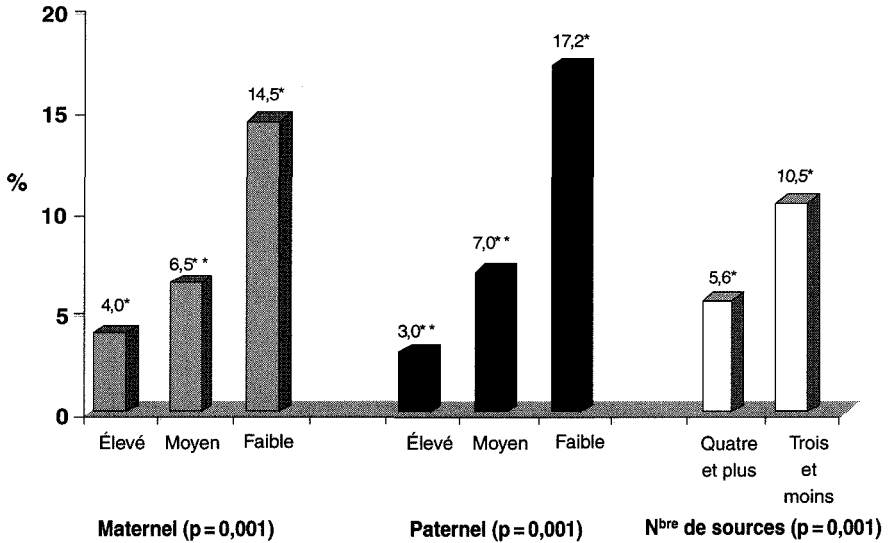
## COMPORTEMENTS DE RECHERCHE D'AIDE DES ADOLESCENTS AVEC UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Un peu moins de 30 % des jeunes de 13 ans et 16 ans qui rapportent un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté un professionnel de la santé. L'analyse des trois catégories de raisons invoquées par les jeunes en détresse qui n'ont pas recherché d'aide professionnelle à ce sujet révèle que les raisons liées à des croyances personnelles (passerait avec le temps, pas assez important) arrivent au premier rang suivies des raisons instrumentales (ne savait pas où s'adresser, ça aurait pris trop de temps, personne



FIGURE 11

*Idéations suicidaires des adolescents de 13 ans (12 mois)  
selon les modalités de soutien, Québec, 1999*



\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

n'était disponible) et des raisons psychologiques (peur que mes parents ou d'autres le sachent). Plus de 20 % des jeunes ne savaient pas ce qui les avait empêché de demander de l'aide (tableau 6).

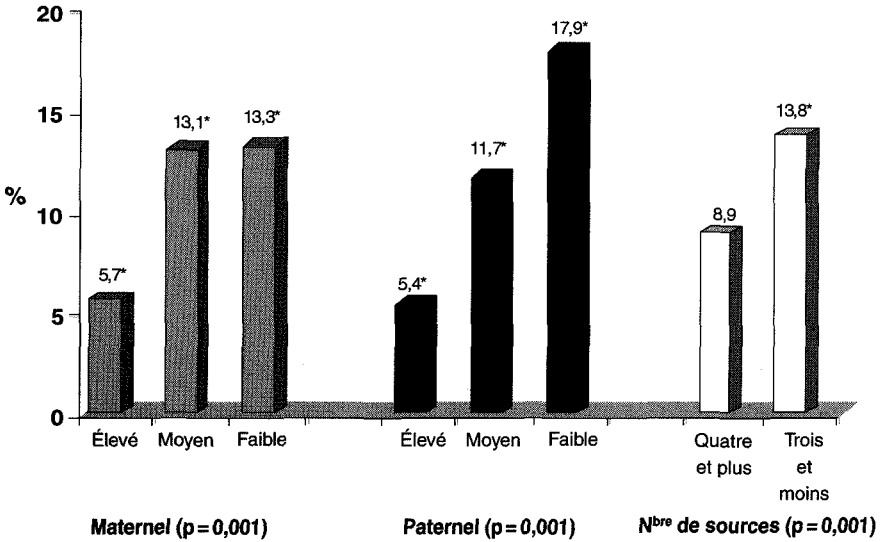
## COMPORTEMENTS DE RECHERCHE D'AIDE DES ADOLESCENTS AVEC CONDUITES SUICIDAIRES

L'enquête informe également sur les comportements de recherche d'aide des jeunes rapportant des idéations suicidaires sérieuses ou une tentative de suicide. Près de 70 % des adolescents à 13 ans et environ 60 % à 16 ans qui déclarent une conduite suicidaire affirment avoir confié à quelqu'un leur intention ou leur tentative de suicide. Le plus souvent, ce sont les amis qui recevront ces confidences tant chez les 13 ans (59 %) que chez leurs aînés (52 % ; données non présentées).

La recherche d'aide auprès d'un professionnel demeure un comportement peu fréquent chez les jeunes suicidaires. Tout au plus environ 23 % des jeunes suicidaires de 13 ans et 16 % de ceux de 16 ans rapportent avoir

FIGURE 12

*Idéations suicidaires des adolescents de 16 ans (12 mois)  
selon les modalités de soutien, Québec, 1999*



\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

TABLEAU 6

*Consultation et motifs de non-consultation des adolescents de 13 ans et 16 ans  
ayant un niveau élevé de détresse psychologique, Québec, 1999*

	13 ans %	16 ans %
- Consultation d'un professionnel	29,4	28,4
- Motifs de non-consultation		
Raisons instrumentales	11,7*	9,2**
Raisons psychologiques	7,6**	2,4**
Croyances personnelles	54,6	69,1
Ne sait pas	26,1*	19,3*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

consulté un professionnel lors de leurs idéations suicidaires ou après leur tentative de suicide. Il est intéressant d'observer que ce sont, en premier lieu, des raisons liées à des croyances personnelles (passerait avec le temps, m'en occuper tout seul, pas assez important) qui sont le plus souvent citées comme motif de non-consultation par les jeunes ayant rapporté des conduites suicidaires chez les 13 ans (33 %) et encore plus fréquemment parmi leurs aînés de 16 ans (65 %). Les jeunes suicidaires mentionnent en deuxième lieu des raisons ou barrières psychologiques (crainte que les parents le sachent). Les proportions s'élèvent à 24 % pour les jeunes de 13 ans et 6 % pour les jeunes de 16 ans. Les raisons instrumentales (ne savait pas à qui s'adresser, personne n'était disponible) sont mentionnées par 19 % des jeunes suicidaires à 13 ans et 7 % à 16 ans. Enfin, près d'un jeune suicidaire sur quatre ne pouvait dire ce qui l'avait empêché de demander de l'aide lors de ses idéations suicidaires ou après sa tentative de suicide (tableau 7).

TABLEAU 7

*Consultation et motifs de non-consultation des adolescents suicidaires de 13 ans et 16 ans, Québec, 1999*

	13 ans %	16 ans %
- Consultation d'un professionnel	22,7*	16,0*
- Motifs de non-consultation		
Raisons instrumentales	19,3**	6,9**
Raisons psychologiques	23,7**	6,2**
Croyances personnelles	32,7*	65,2
Ne sait pas	24,4**	21,7*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % : à interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Filles et garçons de 9 ans présentent une moyenne évaluée d'estime de soi semblable mais à 13 ans, la proportion de filles qui présentent un niveau d'estime de soi faible est supérieure à celle des garçons et cette différence liée au sexe se maintient à 16 ans. Ce profil développemental de l'estime de soi à l'adolescence a été observé dans d'autres études (voir Deschesnes, 1997). Les résultats de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois démontrent de façon éloquente comment l'estime

de soi à l'adolescence est associée à la détresse psychologique. En effet, 46 % des adolescents de 13 ans et 49 % de leurs aînés de 16 ans avec un niveau faible d'estime de soi rapportent un niveau élevé de détresse psychologique alors que seulement environ 2 % des adolescents de 13 ans et 4 % de leurs aînés de 16 ans avec un niveau élevé d'estime de soi présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Ces résultats et les écrits attestant qu'une faible estime de soi est associée à une démoralisation (Bolognini et Plancherel, 1998 ; Harter, 1993) suggèrent qu'une bonne estime de soi constitue un facteur de protection contre la détresse psychologique.

Il y aurait intérêt, dans une perspective de prévention de la détresse psychologique à l'adolescence, de travailler sur le développement de l'estime de soi au cours de l'enfance et au début de l'adolescence surtout chez les filles, car elles sont particulièrement touchées par la détresse psychologique selon les résultats de la présente étude et de l'Enquête générale de Santé Québec de 1992-1993 (Légaré *et al.*, 1995). Les changements biologiques, psychologiques et sociaux liés à l'adolescence surviennent à la fois plus rapidement et plus intensément chez les filles que chez les garçons. De plus, les adolescentes se révèlent plus sensibles à leur monde intérieur que les adolescents (Offer et Boxer, 1991).

La détresse psychologique des jeunes adolescentes se vit intérieurement et est alors susceptible de passer inaperçue. Les personnes significatives de l'entourage ne doivent pas hésiter à poser des questions au sujet des inquiétudes et des sentiments dépressifs. Une stratégie proactive présente trois avantages : 1) informer la personne significative au sujet de l'état de souffrance intérieure du jeune ; 2) soulager et reconforter le jeune et 3) permettre une référence à une ressource spécialisée si nécessaire.

La compétence dans des domaines jugés importants par l'enfant ou l'adolescent constitue un déterminant essentiel du concept de soi. De plus, l'approbation de personnes significatives, c'est-à-dire le soutien des parents, des pairs et des enseignants joue un rôle important dans le développement de l'estime de soi (Lackovic-Grgin, Dekovic et Opacic, 1994 ; Zervas et Sherman, 1993). À cet égard, les résultats de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents suggèrent l'hypothèse que le soutien parental adéquat et le nombre de sources de soutien pourraient agir comme des facteurs de protection de l'estime de soi. Les interventions devraient viser tant les compétences de l'enfant et de l'adolescent que l'environnement familial et social.

Les troubles émotifs des enfants de neuf ans ne se révèlent pas liés au soutien affectif maternel et paternel ni au nombre de sources de soutien. On pourrait s'en étonner puisque les idéations suicidaires au même âge sont associées à ces variables. L'explication la plus plausible se situe sur le

plan méthodologique. L'indice des troubles émotifs des enfants de neuf ans est rapporté par le parent alors que c'est l'enfant qui communique l'information sur les idéations suicidaires. C'est également l'enfant qui répond aux questions au sujet du soutien affectif parental et du nombre de sources de soutien. Nous sommes en présence de deux informateurs pour l'analyse de l'association entre troubles émotifs et variables de soutien. Or, le problème suscité par l'association de variables provenant d'informateurs différents est bien connu en épidémiologie de la santé mentale des jeunes.

La proportion de jeunes qui présentent un niveau élevé de troubles émotifs tend à être plus élevée chez les garçons que chez les filles. Les enquêtes épidémiologiques sur la santé mentale des jeunes réalisées au Canada indiquent que la prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez les garçons au début du primaire que quelques années plus tard. (Breton *et al.*, 1999; Offord *et al.*, 1987). Une attention particulière pourrait être accordée aux symptômes anxieux et dépressifs des garçons fréquentant l'école primaire d'autant plus que, tout comme pour les filles à l'adolescence, ces symptômes intériorisés sont susceptibles de passer inaperçus. Les résultats de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents démontrent par ailleurs clairement l'importance de considérer les variables familiales et particulièrement la détresse psychologique des parents dans la prise en charge des enfants présentant des troubles émotifs.

Environ 8 % des enfants de 9 ans, c'est-à-dire deux à trois élèves par classe, présentent des idéations suicidaires sérieuses. Cette prévalence est comparable à celle de 8,9 % d'idéations suicidaires (à laquelle s'ajoute 2 % de menaces suicidaires) observée dans une étude américaine menée auprès de 101 enfants du primaire (Pfeffer *et al.*, 1984). La prévalence estimée dans la présente enquête est cependant plus précise que celle de l'étude américaine puisqu'elle est obtenue à partir d'un échantillon de 1 300 enfants. Cette prévalence, jugée élevée, devrait se traduire par une prudence certaine au sujet des conduites suicidaires chez les enfants du primaire. Les intervenants en santé mentale ne devraient pas hésiter, dans un contexte relationnel qui s'y prête et en recourant à des termes appropriés (par exemple, penser à se tuer et non à se suicider), à questionner la présence d'idées suicidaires chez les jeunes qui présentent des manifestations de problèmes de santé mentale. Au plan de la surveillance épidémiologique et de la recherche, le résultat de la présente enquête et l'augmentation des taux de suicide des jeunes de 10 à 14 ans par 100 000 au Québec des années 1980 à l'année 1997 (de 2 à 5,5 pour les garçons et de 0,4 à 1,8 pour les filles) conduisent à recommander que le problème des conduites suicidaires chez les enfants des écoles primaires soit pris en compte dans les prochaines enquêtes régionales et générales.

Les prévalences d'idéations suicidaires sérieuses rapportées par les adolescents dans cette enquête se situent en deçà de celles mesurées dans des enquêtes similaires au Québec et aux États-Unis (Camirand, 1996 ; Côté *et al.*, 1990 ; Côté, 1992 ; Deschesnes, 1997 ; Kann *et al.*, 1995, 1996, 1998 ; Tousignant *et al.*, 1988 ; Tremblay et Légaré, 2000). Les prévalences des tentatives de suicide rapportées par les adolescents, mesurées sur 12 mois, sont comparables à celles estimées lors des enquêtes Santé Québec de 1987 et 1992-1993 (Côté, 1992 ; Camirand, 1996), mais elles sont inférieures à celles de 18 études effectuées dans les années 1990 auprès d'échantillons représentatifs de diverses populations générales qui donnaient une prévalence médiane à vie de 7,5 % (Safer, 1997).

Il est possible que la présente enquête sous-estime les prévalences des comportements suicidaires comparativement à d'autres enquêtes utilisant un questionnaire autoadministré. Safer (1997) a démontré que la méthodologie d'enquête pouvait affecter l'estimation des prévalences de comportements suicidaires rapportés par les jeunes. En effet, les enquêtes menées par intervieweurs obtiennent des prévalences deux fois moindres que celles utilisant un instrument autoadministré et anonyme. Il semble que le contexte d'administration des multiples instruments de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents se rapprocherait davantage d'une enquête menée par intervieweur, ce qui se traduirait par une sous-estimation des prévalences des comportements suicidaires rapportées par les adolescents.

L'association observée entre, d'une part, le faible niveau de soutien affectif maternel et paternel et le nombre peu élevé de sources de soutien dans l'entourage et, d'autre part, les conduites suicidaires à neuf ans et chez les adolescents est en conformité avec plusieurs études qui ont montré que la dysfonction familiale constitue une variable importante à considérer dans la prise en charge des conduites suicidaires (voir D'Amours, 1997). Or, une récente revue de la recherche évaluative sur les programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes n'a pu cerner aucun programme évalué ayant pour cible principale le milieu familial (Breton et Boyer, 2000). Les 17 programmes relevés dans la littérature se déroulent en majorité dans les écoles et visent à modifier des variables médiatrices comme les connaissances sur le suicide et les attitudes à son égard sans habituellement cibler la modification des conduites suicidaires des jeunes. La participation des parents demeure marginale.

Certes, la recherche évaluative en prévention du suicide est peu développée comme en témoigne le petit nombre de programmes répertoriés dans la littérature et des efforts importants doivent être faits dans cette direction comme le recommande la Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998b). Cependant, l'importance démontrée par la

présente enquête des relations entre le jeune et ses parents incite à proposer que le milieu familial soit ciblé dans le développement des programmes de prévention du suicide s'adressant aux jeunes et que l'évaluation de ces programmes tienne compte des variables familiales tout comme des conduites suicidaires des jeunes.

L'enquête sociale et de santé révèle que la majorité des adolescents ont confié leurs intentions suicidaires à un ami, résultat conforme aux observations antérieures des chercheurs québécois (Côté, 1992 ; Deschesnes, 1997 ; Tousignant *et al.*, 1988 ; Tremblay et Légaré, 2000). Une faible proportion des adolescents suicidaires consultent un professionnel, comme le montre la présente enquête. Un ami peut certainement constituer une source de réconfort, mais il ne dispose pas des compétences requises et de la distance affective nécessaire pour intervenir adéquatement auprès d'un adolescent suicidaire ; ce jeune doit bénéficier de services de santé mentale. Or, ce ne sont pas des problèmes d'accessibilité physique ou de barrières psychologiques, mais bien des croyances personnelles comme l'idée que « ça va passer avec le temps » qui retiennent les jeunes suicidaires de consulter. Le même résultat est observé dans la présente enquête pour les adolescents ayant un niveau élevé de détresse psychologique. Fait intéressant, la même observation a été faite chez les parents qui ne consultent pas dans l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Breton *et al.*, 1997).

Deux implications peuvent découler de ces données pour l'intervention. En premier lieu, ces résultats pourraient être utilisés dans le développement des programmes de prévention en santé mentale au Québec et, en second lieu, la recommandation d'une prise en charge à un adolescent à risque de suicide pourrait prendre en considération les motivations de l'adolescent et de ses parents à recevoir de l'aide.

## BIBLIOGRAPHIE

- Ayotte, V. (1996). *Évaluation d'un programme visant à développer l'estime de soi des adolescents*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, novembre, 89 p.
- Bellerose, C., J. Beaudry, S. Bélanger et J. Lemaire (à paraître). *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique de la planification et de l'évaluation.
- Bolignini, M. et B. Plancherel (1998). « Estime de soi et santé psychique : le rôle de la puberté et du support social », dans M. Bolignini et Y. Prêteur (dir.), *Estime de soi. Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé.

- Brener, N.D. et al. (1995). « Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire », *American Journal of Epidemiology*, 41(6), p. 575-580.
- Breton, J.-J., L. Bergeron, J.P. Valla, C. Berthiaume, N. Gaudet, J. Lambert, M. St-Georges, L. Houde et S. Lépine (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 : Volume 2 Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, 224 p.
- Breton, J.-J., L. Bergeron, J.P. Valla, C. Berthiaume, N. Gaudet, J. Lambert, M. St-Georges, L. Houde et S. Lépine (1999). « Quebec child mental health survey : Prevalence of DSM-III-R mental health disorders », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), p. 375-384.
- Breton, J.-J. et R. Boyer (2000). « La prévention du suicide », dans F. Vitaro et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1. Les problèmes internalisés*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 2000, p. 271-304.
- Bronfenbrenner, U. (1989). « Ecological systems theory », *Annals of Child Development*, 6, p. 187-249.
- Camirand, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois, enquête sociale et de santé 1992-1993*, Monographie n° 3.
- Champoux, L. et al. (1991). *Les habitudes de vie des élèves du secondaire*, Ministère de l'Éducation du Québec, novembre, 74 p.
- Côté, L. (1992). *Les comportements suicidaires chez les jeunes Québécois de 15-24 ans*, Québec, MSSS, 9, 52 p.
- Côté, L., J. Pronovost et C. Ross (1990). « Étude des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire », *Santé mentale au Québec*, 15(1), p. 29-45.
- D'Amours, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse !*, Conseil permanent de la jeunesse, février, 132 p.
- Deschesnes, M. (1997). *Style de vie des jeunes du niveau secondaire*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 150 p.
- Deschesnes, M. (1998). « Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14), chez une population adolescente », *Psychologie canadienne*, 39(4), p. 288-298.
- Enquête longitudinale nationale sur les enfants, aperçu du matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995 (1995). Développement des ressources humaines et Statistique Canada, catalogue 95-02, 106 p.
- Gagnon, C., F. Vitaro, W. Craig et D. Pelletier (1994). *The Self-Description Questionnaire-1 : Factor structure, reliability and convergent validity of a French version among Fourth through Six grade children*, International Society for the Study of Behavioral Development (ISSBD) Biennial Meeting, Amsterdam, July.
- Gariépy, M.-H. (1997). *Profil régional et sous-régional de l'état de bien-être des ados des Laurentides*, Centre jeunesse des Laurentides et Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de la santé publique, 99 p.



- Harter, S. (1993). « Causes and Consequences of Low Self-esteem in Children and Adolescents », dans R. F. Baumeister (dir.), *Self esteem. The Puzzle of Low Self-Regard*, New York, Plenum Press.
- Harter, S. (1998). « The development of Self-Representations », dans W. Damon et N. Eisenberg (dir.), *Handbook of Child Psychology social, Emotional, and Personality Development*, 3 (5<sup>e</sup> édition), New York, John Wiley & Sons.
- Kann, L. et al. (1995). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1993 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 44(SS-1), p. 1-56.
- Kann, L. et al. (1996). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1995 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 45(SS-4), p. 1-84.
- Kann, L. et al. (1998). « Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 1997 », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 47(SS-3), p. 1-45.
- Lackovic-Grgin, K., M. Dekovic et G. Opacic (1994). « Pubertal status, interaction with significant others, and self-esteem of adolescent girls », *Adolescence*, 29, p. 691-700.
- Légaré, G., A. Lebeau, R. Boyer et D. St-Laurent (1995). « Santé mentale : Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides », dans *Et la santé ça va ? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Québec, Gouvernement du Québec et Santé Québec, p. 217-255.
- Légaré, G., M. Prévaille, C. Poulain, R. Massé, R. Boyer et D. St-Laurent (2000). « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 333-354.
- Marsh, H.W. (1990). « A multidimensional, hierarchical model of self-concept : Theoretical and empirical justification », *Educational Psychology Review*, 2(2), p. 77-172.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, p. 108-111.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997a). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, MSSS, Direction de la santé publique, 103 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997b). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Nelson Potvin, MSSS, 159 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, MSSS, Direction de la planification et de l'évaluation, 46 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, 94 p.
- Mishara, B. (1998). *Résultats préliminaires d'une évaluation des effets du programme de prévention primaire auprès des jeunes « Plein le dos »*, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal, 18 p.
- Mishara, B. (1999). « Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), p. 105-118.

- Offer, D. et A.M. Boxer (1991). « Normal adolescent development : Empirical research findings », dans M. Lewis (dir.), *Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive textbook*, Williams et Wilkins, p. 266-278.
- Offord, D.R., M.H. Boyle, P. Szatmari, N.I. Rae Grant, P.S. Links, D.T. Cadman, J.A. Byles, J.W. Crawford, H. Munroe-Blum, C. Byrne, H. Thomas et C.A. Woodward (1987). « Ontario Child Health Study : II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization », *Archives of General Psychiatry*, 44, p. 832-836.
- Perron, M., M. Gaudreault, S. Veillette et L. Richard (1999). *Trajectoires d'adolescence : stratégies scolaires, conduites sociales et vécu psychoaffectif*, Série Enquête régionale 1997 : Aujourd'hui, les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière.
- Pfeffer, C.R., S. Zuckerman, R. Plutchik et M.S. Mizruchi (1984). « Suicidal behavior in normal school children : A comparison with child psychiatric inpatients », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(4), 416-423.
- Rey, C., T.A. Michaud, F. Narring et C. Ferron (1997). « Comportements suicidaires des adolescents en Suisse : rôle des médecins ». *Archives de pédiatrie*, 4(8), p. 784-792.
- Romano, E., R.E. Tremblay, F. Vitaro, M. Zoccolillo et L. Pagani (sous presse). « Prevalence of DSM-III-R psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment : Findings from an adolescent community sample ».
- Safer, D.J. (1997). « Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents », *Annals of Clinical Psychiatry*, 9(4), p. 263-269.
- Sroufe, L.A. et M. Rutter (1984). « The domain of developmental psychopathology », *Child Development*, 55, p. 1184-1199.
- Tousignant, M., S. Hamel et M.F. Bastien (1988). « Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire », *Santé mentale au Québec*, 13(2), p. 79-93.
- Tremblay, M.J. et G. Légaré (2000). *Confrontation entre les services offerts par les différentes ressources en prévention du suicide chez les adolescents et les besoins des jeunes présentant des comportements suicidaires*, Centre hospitalier régional de Rimouski, Services de psychiatrie infantile et juvénile, 123 p.
- Vallières, E.F. et R. Vallerand (1990). « Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg », *International Journal of Psychology*, 25, p. 305-316.
- Veillette, S., M. Perron, M. Gaudreault, L. Richard et R. Lapierre (1998). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire*, Série Enquête régionale : Aujourd'hui les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Jonquière, Groupe ÉCOBES, Cégep de Jonquière.
- Zervas, L. et M.F. Sherman (1993). « The relationship between perceived parental favoritism and self-esteem », *The Journal of Genetic Psychology*, 155, p. 25-33.