



Astuces : un programme pilote pour adolescents suicidaires

Réal Labelle, Ph.D. and Stéphanie Murray, M. PS.

Special Issue, 2001

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074839ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074839ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Labelle, R. & Murray, S. (2001). Astuces : un programme pilote pour adolescents suicidaires. *Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074839ar>

Astuces : un programme pilote pour adolescents suicidaires

Par
Réal Labelle, PH. D.
et
Stéphanie Murray, M. PS.

LES comportements suicidaires des adolescents sont très étudiés de nos jours. Or, les programmes d'intervention auprès de cette clientèle sont loin d'être explicites et évalués dans le cadre de recherches avec groupe contrôle (Heard, 2000; Miller et Glinski, 2000). S'inspirant de divers travaux, notamment ceux d'Aronson et Scheidlinger (1995), de Joseph (1993), d'Orbach et Bar-Joseph (1990), de Trautman (1995) et de Weishaar et Beck (1990), Réal Labelle et ses collègues¹ ont élaboré un projet de recherche portant sur un programme de détection et d'intervention pour adolescents suicidaires. Cette étude-terrain, subventionnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Laval, concourt à la réalisation du troisième objectif de la Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998), à savoir intervenir auprès des jeunes âgés entre 14 et 17 ans présentant des facteurs de risque suicidaire.

Principes du programme Astuces

Le programme mis de l'avant depuis un an repose sur une approche à la fois réseau et clinique. Il consiste en un repérage d'adolescents à risque suicidaire par les intervenants du milieu et en une intervention de groupe portant sur les quatre astuces suivantes : la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, l'affirmation de soi et la résilience. L'hypothèse causale du problème à l'étude suppose que les conduites suicidaires sont un moyen pour solutionner une souffrance insupportable, les conduites suicidaires devenant alors l'expression d'un désir pour réduire cette douleur intolérable et l'échec à trouver d'autres solutions pour l'abrèger. L'hypothèse du programme porte donc sur la réduction du désarroi par d'autres moyens (astuces) que les conduites suicidaires. Cinq principes guident le programme : " d'abord ne pas nuire " aux jeunes; miser sur les ressources du jeune et de son milieu afin de trouver des moyens adéquats pour s'adapter aux vicissitudes de la vie; transmettre de l'espoir en débusquant la dynamique de la détresse psychologique; offrir un service complémentaire à ce qui se fait déjà dans la communauté, eut égard à la prévention du suicide; reconnaître que la problématique du suicide n'est pas l'affaire exclusive de spécialistes, mais de tous et chacun.

Les deux objectifs du programme visent la diminution de la suicidalité des adolescents (c'est-à-dire la dangerosité que représente le jeune pour lui-même) et l'augmentation de l'éventail de ses ressources adaptatives pour affronter l'adversité.

Détection et évaluation

La première étape du programme Astuces réside dans l'identification de jeunes adolescents à haut risque suicidaire par les intervenants d'une localité délimitée préalablement. Cette tâche, fort complexe, a nécessité une mobilisation et une concertation faisant appel à l'ensemble du réseau (écoles, hôpitaux, CLSC, Centres jeunesse, poste de police, etc.) des intervenants de la communauté de Sainte-Rose à Laval. En s'appropriant le projet, ces intervenants-clés ont enrichi notre compréhension de l'environnement et des difficultés que vivent les jeunes à haut risque suicidaire de ce territoire. Ils ont aussi été sensibilisés aux signes précurseurs des conduites suicidaires et au niveau de détection nécessitant une aide psychologique. Il importe de souligner que les jeunes activement suicidaires présentant un état de déséquilibre extrême étaient automatiquement orientés vers une unité de soins psychiatriques au Pavillon Albert-Prévost. Une fois cette détection effectuée, le jeune était rencontré par la psychologue clinicienne Stéphanie Murray, dans le cadre d'une évaluation psychosociale divisée en trois parties.

La première partie portait sur l'évaluation de la santé mentale, du motif de consultation, de l'histoire développementale, de la situation familiale, du profil de consommation, de l'intégration sociale, des forces et des limites de l'adolescent, de la recherche d'aide passée, des moyens actualisés pour solutionner le problème, des antécédents suicidaires et de l'urgence

suicidaire actuelle. Ces différentes sphères étaient explorées selon les manifestations comportementales, affectives et cognitives que présentait le jeune. L'entrevue initiale prévoyait aussi, une fois le climat de confiance établi, la signature d'un contrat de non-suicide par lequel le jeune s'engageait à ne poser aucun geste suicidaire et à communiquer avec un adulte advenant une forte impulsion à vouloir attenter à ses jours. Les numéros de téléphones de ces personnes étaient inscrits sur la copie du contrat remis à l'adolescent. À cette étape-ci, l'évaluation de la dangerosité (suicide, homicide, comportements délinquants, consommation) et la compréhension des zones de souffrance du jeune étaient cernées.

La deuxième partie avait plutôt trait à l'administration d'une batterie de tests pour évaluer la symptomatologie et l'intentionnalité suicidaire du jeune. L'entrevue se poursuivait en lui transmettant une liste téléphonique des ressources d'aide de la région. Finalement, la troisième partie de l'évaluation s'effectuait avec les parents pour valider l'information recueillie auprès du jeune et pour effectuer une recherche sur la situation familiale et sur la perception des parents face aux problèmes du jeune. Cette occasion est également saisie pour expliquer la nature du programme aux parents.

Par ailleurs, il convient de mentionner que pour les fins de ce programme pilote, un filet de sécurité serré a été dressé avec le milieu. Une première entente de collaboration a été réalisée avec Suicide-Action Montréal (SAM). Du côté des intervenants du programme, il était convenu avec l'autorisation écrite du jeune, de communiquer à SAM des renseignements à son sujet, afin d'établir un cadre de travail où le jeune pouvait avoir accès à une aide en tout temps, 24 heures sur 24. De son côté, SAM communiquait aux intervenants du projet tout renseignement pertinent sur les communications téléphoniques du jeune. Cette procédure rassurait le jeune et permettait d'éviter qu'il se retrouve entre deux services d'aide lors d'une crise suicidaire. Une deuxième entente de collaboration a été prise avec le Dr Charles Bedwani, un psychiatre œuvrant au Pavillon Albert-Prévost. Celui-ci participe au comité clinique du projet et voit aussi aux échanges avec les urgentologues de la psychiatrie pour assurer une prise en charge rapide des jeunes en crise suicidaire.

Composer avec la souffrance

La seconde étape du programme propose une thérapie brève de groupe ouvert accueillant au maximum huit jeunes suicidaires. Chaque jeune participe à dix rencontres hebdomadaires de deux heures. Le contenu du programme comprend la découverte de ses émotions, conduites et pensées liées à la joie et à la souffrance d'être et de grandir, les moyens créateurs et destructeurs de chacun dans la manière d'aborder la vie et la recherche d'autres voies d'actions (astuces) que le suicide pour régler ses problèmes émotionnels. Il importe de souligner que le thérapeute évite les zones trop sensibles du jeune et crée un espace où l'adolescent se sent écouté, validé et encouragé à poursuivre son développement. À la fin des rencontres, un bilan est réalisé avec le jeune et les parents sont rencontrés de nouveau pour assurer un suivi. Dans tous les cas, le jeune est aussi retourné à son thérapeute-référent et quitte le groupe avec un court texte (voir l'encadré pour le contenu des astuces) placé dans un petit baluchon. Cet objet symbolique représente le sac d'astuces à transporter avec soi tout au long des étapes du cycle de vie.

L'expérience vécue cette année par l'application du programme pilote Astuces permet d'établir trois constats généraux. D'abord, il importe de travailler en étroite collaboration avec les divers milieux et les différents professionnels d'un territoire donné. En effet, un filet de sécurité serré et délimité évite qu'un jeune se retrouve entre deux services, entre deux professionnels. D'autre part, il est inévitable de prévoir du temps entre les rencontres de groupe pour répondre aux besoins de soutien des jeunes suicidaires. À maintes reprises, les jeunes ont en effet demandé de l'assistance individuelle comme complément à leur thérapie de groupe. Enfin, la thérapie de groupe pour adolescents suicidaires exige la participation active de deux professionnels de la santé aguerris en suicidologie, puisqu'une évaluation de l'urgence suicidaire doit être effectuée régulièrement à la suite des rencontres. Il ne faut jamais oublier que l'urgence suicidaire représente le risque d'un passage à l'acte dans les 48 heures et que celle-ci peut augmenter ou fluctuer très rapidement chez les adolescents, et ce, en raison de leur nature impulsive. D'autres constats seront connus une fois l'intervention complétée et le rapport de recherche déposé en 2002.

Réal Labelle est professeur-chercheur et psychologue à l'Université du Québec à Trois-Rivières et Stéphanie Murray est psychologue au CLSC-CHSDL du Ruisseau-Papineau, Ressource suicide de Laval.

Références

1. Johanne Laverdure, M. A. Psy., Charles Bedwani, M. D., F.R.C.P., Richard Labelle, M. Éd. et Francois Godin, T.S., D.E.S.S.

Bibliographie

Aronson, S. et Scheidlinger, S. (1995). " Group Treatment of Suicidal Adolescents ". J. K. Zimmerman et G. M. Asnis (éd.), *Treatment Approach with Suicidal Adolescent* (p. 189-202). New York, John Wiley & Sons.

Heard, H. L. (2000). " Psychotherapy Approaches to Suicidal Ideation and Behaviour ". K. Hawton et K van Heeringen (éd.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (p. 503-518). New York, John Wiley & Sons.

Joseph, J. M. (1993). " Resilience Enhancers ". Joseph J. M. (éd.), *The Resilient Child: Preparing Today's Youth For Tomorrow's World* (p. 33-43). New York, Plenum Press.

Miller, A. L. et Glinski, J. (2000). " Youth Suicidal Behavior: Assessment and Intervention ". *Journal of Clinical Psychology*, 56 (9), p. 1131-1152.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*. Québec, Gouvernement du Québec.

Orbach, I. et Bar-Joseph, H. (1990). Workshop on Coping in Adolescence: Suicide Prevention. Jerusalem, Publications Department, Ministry of Education and Culture.

Trautman, P. D. (1995). "Cognitive-Behavior Therapy of Adolescent Suicide Attempters". Zimmerman et G.M. Asnis (éd.), Treatment Approach with Suicidal Adolescent (p. 155-173). New York, John Wiley & Sons.

Weishaar, M. E. et Beck, A. T. (1990). "Cognitive Approaches to Understanding and Treating Suicidal Behavior". S. J. Blumenthal et D. J. Kupfer (éd.) Suicide Over the Life Cycle (p. 469-498). Washington, American Psychiatric Press.

Encadré

Te parler autrement

Pour te sentir mieux, souviens-toi : (1) que tu n'as pas besoin d'être aimé par tout le monde; (2) que tu n'es pas obligé de réussir parfaitement tout ce que tu entreprends; (3) qu'il ne sert à rien de te blâmer et de blâmer les autres; (4) qu'il n'y a rien d'affreux lorsque les choses ne vont pas comme tu le souhaites; (5) que tu peux venir à bout de tes malheurs en prenant soin de toi ou en demandant de l'aide; (6) que le stress fait partie de la vie; (7) qu'il est utile d'introduire une dose d'autodiscipline pour gérer ta vie quotidienne; (8) que ton passé ne te conditionne pas pour le reste de tes jours; (9) que des situations nouvelles appellent des réponses nouvelles; (10) qu'un style de vie actif et engagé apporte plus de bonheur qu'une existence passive.

Résoudre tes problèmes

Pour te sentir mieux, rappelle-toi les sept étapes de la résolution de problèmes : (1) adopter une attitude positive vis-à-vis de ton problème; (2) définir clairement ton problème; (3) énumérer des solutions possibles; (4) évaluer la pertinence de chaque solution; (5) choisir la solution la plus susceptible de régler le problème; (6) appliquer la solution retenue; (7) vérifier l'efficacité de ta solution.

Prendre ta place

Pour te sentir mieux, n'oublie pas de t'affirmer : (1) en disant clairement et brièvement tes pensées et tes sentiments tant positifs que négatifs; (2) en parlant de manière non accusatrice et constructive; (3) en écoutant, vérifiant et validant le point de vue de l'autre; (4) en respectant tes besoins et ceux de l'autre.

Miser sur tes forces

Pour te sentir mieux, remémore-toi qu'il importe : (1) de reconnaître et de développer tes talents; (2) d'anticiper les étapes menant au succès; (3) de déterminer et poursuivre des buts; (4) de donner un sens à ta vie (un pourquoi et un pour qui); (5) de te faire des amitiés durables; (6) d'adopter un mode de vie sain; (7) d'apprendre à te donner des valeurs et des règles; (8) de garder une maîtrise de toi en situation conflictuelle; (9) de maintenir ta motivation après avoir vécu un échec; (10) de découvrir et d'appliquer des stratégies d'apprentissage efficaces, en apprenant de tes erreurs.