Document generated on 07/18/2025 8:15 p.m.

Revue québécoise de psychologie

LE SOMMEIL DES ADOLESCENTS QUÉBÉCOIS ET LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE : DES LIENS À FAIRE ?
SLEEP AND THE PROBLEM OF SUICIDE IN QUÉBEC ADOLESCENTS: WHAT ARE THE LINKS?

Karyne Pépin and Sophie Desjardins

Volume 38, Number 3, 2017

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1041844ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1041844ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Pépin, K. & Desjardins, S. (2017). LE SOMMEIL DES ADOLESCENTS QUÉBÉCOIS ET LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE : DES LIENS À FAIRE ? *Revue québécoise de psychologie*, *38*(3), 195–213. https://doi.org/10.7202/1041844ar

Article abstract

After various kinds of motor vehicle accidents, suicide is the second most important cause of mortality in Québec adolescents aged 15 to 19. An increasing number of studies indicate that, as well as raising alarm signals, sleep problems in young people may be contributing to the problem of youth suicide. This article presents a profile of suicide among Québec adolescents, quantifies young people's sleep requirements, and examines two of the most common sleep problems in this population: that is, insomnia and delayed sleep phase syndrome. It then describes the causes and consequences of these sleep difficulties, and explores the links between the latter and the problem of suicide. Finally, the article makes several recommendations for young people, their parents, professionals and institutions.

Tous droits réservés © Revue québécoise de psychologie, 2017

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

LE SOMMEIL DES ADOLESCENTS QUÉBÉCOIS ET LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE : DES LIENS À FAIRE?

SLEEP AND THE PROBLEM OF SUICIDE IN QUÉBEC ADOLESCENTS: WHAT ARE THE LINKS?

Karyne Pépin
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Sophie Desjardins[1]
Université du Québec à Trois-Rivières

Selon diverses publications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSQ, 2012; 2015), le taux de suicide québécois compte parmi les plus élevés au Canada et, plus encore, il se situe dans les plus hauts parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les adolescents et adolescentes n'échappent pas à ce sombre tableau. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) révèle, dans son plus récent rapport sur la mortalité par suicide, que le taux de suicide des 15-19 ans est de 11,1 par 100 000 personnes pour la période de 2011 à 2013 (INSPQ, 2016). Selon ce même rapport, de 2010 à 2012, plus de 25 % des décès chez les adolescents de 15 à 19 ans étaient attribuables au suicide. Le suicide constitue d'ailleurs la deuxième cause de décès chez les adolescents québécois après les traumatismes routiers (INSPQ, 2016).

Étant donné cette problématique des plus préoccupantes, il est nécessaire d'identifier les éléments en cause. Les études les plus récentes à ce sujet révèlent que le sommeil s'avère l'un d'entre eux.

LIENS ENTRE PROBLÈMES DE SOMMEIL ET SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS

Une étude menée auprès de quelque 28 000 adolescents américains a révélé que leur durée moyenne de sommeil était de 6,5 heures par nuit (Winsler, Deutsch, Vorona, Payne et Szklo-Coxe, 2015). Seuls 3 % d'entre eux dormaient 9 heures par nuit, suivant ainsi la recommandation faite par les experts sur le sujet. Cette même étude a permis d'évaluer que, après avoir contrôlé un certain nombre de facteurs, chaque heure de sommeil en moins accroissait de 42 % le risque d'envisager sérieusement le suicide et de 58 % le risque de faire une tentative de suicide. Parmi les adolescents dormant neuf heures par nuit, 8,1 % envisageaient le suicide et 1,8 % avaient déjà fait une tentative de suicide. À titre comparatif, chez ceux

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7. Téléphone : 819-376-5011, poste 3524. Courriel : sophie.desjardins@uqtr.ca

dormant seulement quatre heures par nuit, 31,5 % envisageaient le suicide et 13,3 % avaient déjà fait une tentative de suicide.

Une autre étude effectuée auprès de plus de 12 000 adolescents américains indique des résultats similaires. Dormir un nombre insuffisant d'heures en semaine (défini ici comme moins de huit heures par nuit) s'avère la réalité de près de 70 % des répondants et est associé à un risque accru d'envisager sérieusement le suicide parmi un ensemble de comportements délétères (McKnight-Eily, Eaton, Lowry, Croft, Presley-Cantrell et Perry, 2011). Chez ceux ayant une nuit de sommeil moyenne de huit heures et plus, en semaine, 9,8 % avaient sérieusement envisagé de se suicider. Ce pourcentage grimpait à 16,8 % chez ceux dormant en moyenne moins de huit heures par nuit en semaine. Ces résultats appuient ceux d'une étude menée dès 2004 auprès de 1 362 adolescents chinois qui avait révélé que ceux qui dormaient moins de huit heures par nuit étaient trois fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide que ceux dormant au moins neuf heures, et ce, après avoir contrôlé statistiquement pour la présence de symptômes dépressifs et d'autres variables démographiques (Liu, 2004).

On sait qu'il existe une relation bidirectionnelle entre la dépression et les perturbations du sommeil. Il a en effet été démontré que la privation de sommeil augmente le risque de présenter des troubles de l'humeur (Schröder et Bourgin, 2012, cité dans Billiard et Dauvilliers, 2012). Inversement, un affect dépressif amène des perturbations de sommeil (Dahl et Lewin, 2002).

Chez les adolescents qui indiquent avoir des idéations suicidaires, 86,7 % soutiennent éprouver des problèmes de sommeil (Franić, Kralj, Marčinko, Knez et Kardum, 2014). De même, après avoir contrôlé pour la présence de troubles de l'humeur, les adolescents qui se sont enlevé la vie par suicide ont éprouvé davantage de perturbations de leur sommeil, d'insomnie et d'hypersomnie dans la semaine précédant leur décès que leurs homologues n'ayant pas tenté de se suicider (Goldstein, Bridge et Brent, 2008). Ces données reposent sur un protocole d'autopsie psychologique mené auprès des proches des suicidés. D'après l'Association américaine de suicidologie (Rudd *et al.*, 2006), les problèmes de sommeil font partie des principaux signes avant-coureurs d'un éventuel suicide. De plus, selon le rapport *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* produit par l'Agence de la santé publique du Canada (2006, p. 148), des « changements dans les habitudes de sommeil font partie des signes avertisseurs liés au comportement suicidaire ».

Ces dernières années, plusieurs études se sont efforcées de clarifier ces liens entre le sommeil et le suicide. On apprend ainsi que, étudiés de manière prospective, les problèmes de sommeil entre 12 et 14 ans prédisent les idéations suicidaires trois ans plus tard, et ce, après avoir contrôlé le sexe des participants, leurs idéations suicidaires antérieures, de même que l'alcoolisme et la présence d'idéations suicidaire chez les parents (Wong, Brower et Zucker, 2011).

Toujours de manière longitudinale, le fait d'avoir de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi, à l'adolescence, aurait des effets directs et indirects (notamment par le biais de la consommation de substances, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur) sur les tentatives de suicide (Wong et Brower, 2012; Wong, Brower et Craun, 2016). On sait toutefois désormais que même en contrôlant pour la présence de troubles reconnus pour être associés au risque suicidaire (comme les troubles anxieux et de l'humeur), la relation entre la difficulté à s'endormir et à rester endormi, d'une part, persiste avec les idéations suicidaires, l'élaboration d'un plan de suicide et la tentative de suicide, d'autre part (Wong *et al.*, 2016). De même, l'association entre le fait de dormir davantage la fin de semaine pour combler le déficit de sommeil de la semaine et les idéations suicidaires se maintient après avoir contrôlé pour la présence de dépression (Lee, Cho, Cho et Kim, 2012). Ainsi, l'association entre les troubles du sommeil et le suicide ne passerait pas uniquement par la dépression. Les effets négatifs du manque de sommeil sur le jugement, la concentration, le niveau d'impulsivité et les émotions, à eux seuls, pourraient expliquer une part du phénomène.

Il a en effet été démontré que les troubles du sommeil chez les jeunes seraient associés à des difficultés de régulation émotionnelle, c'est-à-dire plus d'irritabilité et d'impulsivité (Dahl et Lewin, 2002; Jones et Harrison, 2001; Pasch, Laska, Lytle et Moe, 2010).

En somme, les études les plus récentes sur le sujet indiquent clairement que la difficulté à dormir et à rester endormi, de même que le manque de sommeil, sont associés à un risque accru de suicide, mais quels sont les besoins en matière de sommeil à l'adolescence et comment les détermine-t-on?

BESOINS EN MATIÈRE DE SOMMEIL

La comparaison des horaires de sommeil en semaine et en fin de semaine permet de savoir si les besoins en matière de sommeil sont comblés et donne une idée de l'horaire normal de sommeil avec ou sans contraintes (Vecchierini et Touchon, 1997). Chez les adolescents, plusieurs études recensées relatent un déficit de sommeil en regard des

besoins réels (Mercer, Merritt et Cowell, 1998; Szymczak, Jasińska, Pawlak et Zwierzykowska, 1993; Wolfson et Carskadon, 1998). Lors des journées de congé, les moments du coucher et du lever s'effectueraient plus tard. Pour le coucher, la mesure du taux de mélatonine, substance hormonale endogène sécrétée pour favoriser l'endormissement, atteindrait son maximum à 23 h chez les adolescents (Wolfson et Carskadon, 1998). Le temps de sommeil de ces derniers serait prolongé durant les jours de congé (Carskadon, Vieira et Acebo, 1993; Thorpy, Korman, Spielman et Glovinsky, 1988).

Malgré que l'on ait constaté une baisse quantitative du sommeil à l'adolescence, les adolescents auraient pourtant besoin de plus de temps de sommeil que les préadolescents, soit environ neuf heures par nuit (Carskadon, Orav et Dement, 1983; Mercer *et al.*, 1998; Roberts, Roberts et Duong, 2008; Warner, Murray et Meyer, 2008; Wolfson, Spaulding, Dandrow et Baroni, 2007). En effet, quand on compare le sommeil durant la semaine et les jours de congé chez des enfants de moins de 10 ans, on observe qu'il est le même (Carskadon *et al.*, 1993). Ainsi, la modification innée dans la durée et la structure du sommeil ne correspondrait pas aux besoins réels des adolescents qui sont d'environ deux heures de plus par nuit (Hansen, Janssen, Schiff, Zee et Dubocovich, 2005). Moins de huit heures de sommeil par nuit seraient insuffisantes selon certains spécialistes (Gradisar, Wright, Robinson, Paine et Gamble, 2008; National Sleep Foundation, 2006), d'autant plus que les fonctions du sommeil seraient très importantes à l'adolescence, période de maturation cérébrale (Dahl et Lewin, 2002).

Outre le manque général de sommeil dont il vient d'être question, les adolescents peuvent être affectés par les deux troubles du sommeil qui sont les plus fréquemment rencontrés chez eux : l'insomnie et le délai de phase (Touchette, Petit, Tremblay et Montplaisir, 2009).

TROUBLES DU SOMMEIL À L'ADOLESCENCE

L'insomnie produit une carence en sommeil par une altération quantitative et qualitative due à la difficulté d'initiation et de maintien du sommeil (American Psychiatric Association, 2013). Outre cette difficulté, l'insomnie se définit par « des éveils matinaux précoces ou un sommeil non réparateur » (Billiard et Dauvilliers, 2012, p. 131). Elle serait par ailleurs souvent associée au syndrome de délai de phase (Raffray, Bond et Pelissolo, 2011).

Le trouble du sommeil lié au rythme circadien, de type retard de phase ou syndrome de délai de phase (SDP), est un décalage entre le rythme circadien endogène et des éléments environnementaux qui influencent le

rythme circadien, par exemple la lumière du jour. Ainsi, les cycles de sommeil et l'état de veille sont décalés par rapport aux exigences et aux normes sociales (American Psychiatric Association, 2013). Par exemple, l'adolescent est incapable de s'endormir et de se réveiller au moment opportun, selon ses obligations sociales (l'école), puisqu'il subit un retard dans la phase initiale de son sommeil. On assiste à une désynchronisation du rythme. Pour Billiard et Dauvilliers (2005, p. 176), on parle de délai de phase lorsque les « horaires d'endormissement et d'éveil sont décalés de plus de deux heures dans le sens des aiguilles d'une montre ». Les personnes souffrant du SDP expérimentent des difficultés d'endormissement, mais n'éprouveraient pas de difficulté de maintien ou de qualité du sommeil quand celui-ci est initié (American Psychiatric Association, 2013). Cependant, pour les personnes souffrant du SDP, le réveil serait difficile lorsqu'elles doivent se conformer à des horaires incompatibles avec leur cycle.

Prévalence des troubles de sommeil

Selon Franco, Challamel, Konofal et Lecendreux (2012), les troubles du sommeil sont fréquents chez les adolescents : 30 % d'entre eux jugent leur sommeil de mauvaise qualité et 70 % le considèrent insuffisant. Un sondage réalisé aux États-Unis par la *National Sleep Foundation* rapporté dans le *Clinical Guide to Pediatric Sleep* (Mindell et Owen, 2009) mentionne qu'environ 16 % des adolescents interrogés pensent avoir des problèmes de sommeil, mais uniquement le tiers d'entre eux auraient parlé de ces problèmes à quelqu'un. On estimerait à 15-20 % le pourcentage d'adolescents souffrant d'insomnie (Franco *et al.*, 2012). Selon les études recensées par Martello et Godbout (2012), environ 20 % des adolescents présenteraient des difficultés de sommeil, du type insomnie pour 12 à 33 % et du type délai de phase pour 5 à 10 %. Concernant le délai de phase, certaines données varient. Lack et Wright (2012), dans le *Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*, indiquent que la prévalence chez les adolescents et les jeunes adultes se situe entre 7 et 17 %. Le décalage serait plus prononcé chez les garçons, en moyenne de deux heures et demie, et chez les filles en moyenne d'une heure et demie (Royant-Parola, 2007).

Selon une méta-analyse de 41 études réalisées à l'échelle mondiale, l'heure de lever chez les adolescents (sexes confondus) en période scolaire se situe entre 6 h 30 et 7 h 30 et l'heure de début des classes entre 7 h 30 et 8 h 30 (Gradisar, Gardner et Dohnt, 2011). Tel que mentionné précédemment, si environ neuf heures de sommeil constituent une quantité optimale et si moins de huit heures sont insuffisantes, les adolescents ne devraient pas dépasser 22 h 30 comme heure de coucher. Néanmoins, l'heure de coucher moyenne des adolescents d'après

l'ensemble des études utilisées dans la méta-analyse évoquée ci-dessus dépasse 22 h 30 (Gradisar *et al.*, 2011).

ORIGINES DES PROBLÈMES DE SOMMEIL CHEZ LES ADOLESCENTS

Causes biologiques et physiologiques

L'adolescence amènerait une « tendance naturelle » au décalage du rythme circadien ou SDP (Franco *et al.*, 2012) qui favoriserait le type dormeur de soirée (evening type, E) (Negriff, Dorn, Pabst et Susman, 2011). À la puberté, la sécrétion d'hormones gonadotrophines agissant sur les glandes sexuelles apparaît. Elles provoquent ainsi la sécrétion d'hormones sexuelles telles que la testostérone et l'œstradiol. Elles donnent le signal du début de la puberté et de l'apparition des caractères sexuels secondaires. Cette phase du développement chez l'adolescent est reliée à un phénomène de retard de sécrétion de mélatonine, cette substance hormonale endogène qui favorise l'endormissement. Donc, plus il y a sécrétion de gonadotrophines, moins la sécrétion de mélatonine se produira tôt, ouvrant ainsi la porte au SDP (Carskadon, Acebo, Richardson, Tate et Seifer, 1997; Giannotti, Cortesi, Sebastiani et Ottaviano, 2002; Laberge, Petit, Simard, Vitaro, Tremblay et Montplaisir, 2001).

Après avoir évalué les préférences sur le plan du sommeil et le développement physiologique d'un échantillon d'étudiantes et d'étudiants âgés de 11 et 12 ans, on constate que des résultats élevés à l'échelle de la maturation pubertaire sont corrélés avec une heure de coucher plus tardive (Carskadon *et al.*, 1993). Il est en outre possible d'identifier des différences intersexe (Carskadon *et al.*, 1993; Laberge *et al.*, 2001). Dans une étude de Carskadon et ses collaborateurs (1993), les habitudes de sommeil chez les sujets de sexe féminin étaient plus affectées par les facteurs physiologiques que celles des garçons, à l'âge de 11-12 ans, car les fillettes sont déjà plus avancées dans leur développement pubertaire. Conséquemment, il serait cohérent d'affirmer que les jeunes filles développeraient des troubles de sommeil plus tôt à l'adolescence que les garçons. Elles seraient par ailleurs plus affectées par le SDP dû à l'impact hormonal (Tonetti, Fabbri et Natale, 2008; Wolfson *et al.*, 2007).

Causes environnementales

L'horaire scolaire aurait un impact sur le sommeil des adolescents et sur leur fonctionnement quotidien. De nombreux auteurs s'entendent pour affirmer que les élèves subissent une perte considérable de sommeil durant la période scolaire, leur horaire n'étant pas compatible avec leur rythme circadien (Hansen *et al.*, 2005; Wolfson *et al.*, 2007). Les besoins en matière de sommeil et le rythme intrinsèque des adolescents sont

incompatibles avec l'horaire imposé et les empêchent d'être au meilleur de leur forme en cours de journée (Mercer *et al.*, 1998). Les élèves qui commencent l'école plus tard montrent d'ailleurs moins de fatigue et de somnolence diurne (Wolfson *et al.*, 2007).

Durant l'enfance, les parents sont généralement très impliqués dans la régulation des heures de sommeil de leur progéniture, notamment en leur imposant une heure de coucher. Au passage à l'adolescence, certains parents laisseraient davantage de latitude à leur jeune quant à la gestion du sommeil. Ainsi, les adolescents seraient plus libres de se coucher tard, selon leur besoin. L'heure du coucher serait déterminée par les parents dans seulement 5 % des cas (Millman, 2005). Pendant la période estivale, les parents étant moins contraignants, les adolescents peuvent constater quels sont leurs vrais besoins en matière de sommeil en réglant eux-mêmes l'heure du coucher et en développant des habitudes qu'ils conserveront (Crowley, Acebo et Carskadon, 2007). L'implication parentale serait plus importante à l'adolescence relativement à l'heure du lever (Millman, 2005).

Causes comportementales

Bon nombre d'auteurs (dont Crowley *et al.*, 2007; Dahl et Lewin, 2002) considèrent de prime abord l'influence de la composante physiologique dans les troubles de sommeil chez les adolescents. Cette influence et ces impacts sont accentués par leur combinaison avec la composante comportementale. Ainsi, certains adolescents optent pour des comportements ou des habitudes de vie qui augmentent les difficultés déjà présentes.

Pour compenser le manque de sommeil accumulé durant la semaine, un certain pourcentage d'adolescents (oscillant entre 22 et 70 % selon les études) s'adonne à la sieste, le plus souvent en fin d'après-midi (environ vers 16 h). L'utilisation de ce moyen entraîne toutefois l'adolescent dans une spirale pernicieuse puisque la fréquence des siestes est corrélée avec le délai de phase, qui entraîne à son tour un déficit de sommeil en période scolaire (Gradisar *et al.*, 2008). En comparaison avec des élèves qui ne font pas de sieste, le temps total de sommeil quotidien de ceux qui en font est néanmoins moindre. Les siestes en matinée ont peu d'impact, tandis que les siestes après 14 h modifient la structure du sommeil nocturne en réduisant la quantité de sommeil lent profond (Vecchierini et Touchon, 1997). De plus, les préadolescents pratiquent beaucoup moins la sieste que les adolescents qui, eux, souffrent davantage de somnolence diurne due au SDP (Laberge *et al.*, 2001). La durée souhaitable d'une sieste devrait être d'environ 20 minutes ou moins, sinon l'individu entre dans le stade du sommeil lent profond.

Plusieurs facteurs associés au style de vie des adolescents contribuent à créer de mauvaises habitudes de sommeil. L'importance que prend la relation avec les pairs et la vie sociale active amène les jeunes à être plus occupés. Combiné avec les nouvelles technologies et les conversations virtuelles, le désir de communiquer incite souvent les adolescents à repousser l'heure du coucher. Conséquemment, l'augmentation de la charge de devoirs, Internet, la télévision, la socialisation, le travail et les loisirs sont des facteurs concourant à diminuer le temps de sommeil (Crowley *et al.*, 2007; Giordanella, 2006). Toutes activités confondues, l'usage de l'ordinateur remporterait la palme quant à son influence sur la réduction du temps de sommeil des adolescents (Knutson et Lauderdale, 2009; Mesquita et Reimão, 2007).

La consommation de caféine, d'alcool, de drogues, ou de médicaments pourrait, de prime abord, être perçue comme un moyen de pallier les troubles du sommeil. Conséquemment, certains adolescents pratiquent l'automédication en usant de substances (alcool, café, boisson énergisante, etc.) et de médicaments avec ou sans ordonnance, qui permettraient de trouver le sommeil plus facilement ou de contrer les effets de la somnolence diurne (Lund, Reider, Whiting et Prichard, 2010; Vallido, Peters, O'Brien et Jackson, 2009). Toutefois, cette pratique peut aussi produire l'effet inverse de celui recherché.

La consommation de substances caféinées serait très fréquente chez les adolescents. Dans un rapport synthèse sur la problématique, l'Institut national de santé publique du Québec (Dubé, Plamondon et Tremblay, 2010) indique qu'une enquête québécoise portant sur la consommation de boissons énergisantes en 2008 a démontré que plus de 60 % des jeunes en consomment. La caféine agit de deux façons dans l'organisme. Premièrement, elle limite l'action de l'adénosine, un neurotransmetteur ayant pour effet de ralentir le système nerveux. Deuxièmement, elle favorise la sécrétion d'adrénaline qui a un effet stimulateur. Ainsi, sa consommation peut favoriser l'état de veille à court terme, mais sa prise tardive occasionne parallèlement des difficultés d'endormissement.

L'alcool, quant à lui, est reconnu pour son effet dépresseur sur le système nerveux. Son usage peut favoriser le sommeil puisque cette substance possède des caractéristiques sédatives. Malgré cet effet recherché par certains adolescents, la consommation d'alcool, qui apparaît comme une solution rapide et efficace, ne procure pas la qualité de sommeil recherché. Au contraire, la prise d'alcool modifie la structure du sommeil en altérant sa qualité. D'abord, elle augmente la quantité de sommeil lent profond en début de nuit, ce qui plonge le dormeur dans un sommeil de plomb. Par ailleurs, elle réduit la quantité de sommeil paradoxal et augmente la quantité de sommeil léger durant la deuxième

partie de la nuit, provoquant des éveils fréquents (Billiard et Dauvilliers, 2005; 2012; Vecchierini et Touchon, 1997).

Les adolescents souffrant de troubles du sommeil seraient plus à risque de faire l'utilisation d'alcool ou de drogues, cherchant le sommeil dans ces échappatoires (Lund *et al.*, 2010; Vallido *et al.*, 2009).

L'Institut national de santé publique du Québec rapporte une hausse de 16 % de la consommation d'alcool des Québécois âgés de 15 ans et plus, entre 1992 et 2006 (Guyon, April, Kairouz, Papineau et Chayer, 2009). Une enquête de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Currie *et al.*, 2012) rapporte des résultats similaires, signifiant qu'au plan mondial, l'adoption de comportements nuisibles tels que la consommation d'alcool est à la hausse, surtout chez les 13 à 15 ans. Cependant, selon des données canadiennes, les Québécois se démarqueraient par une hausse plus importante de leur consommation d'alcool par rapport aux autres provinces canadiennes (Guyon *et al.*, 2009). Ainsi, l'ampleur de la consommation des jeunes québécois est digne de mention, compte tenu de son augmentation et de sa particularité nationale.

Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer comment près de 60 % des jeunes de 11 ans qui affirment avoir déjà consommé de l'alcool (Courtois, 2011) font pour s'en procurer. Cependant, compte tenu du pourcentage aussi élevé, de leur bas âge et des règlementations existantes concernant la vente d'alcool aux mineurs, nous sommes portés à croire que cette expérience de consommation est liée au milieu familial.

Aucune étude sur la consommation d'alcool des adolescents québécois relativement à leurs difficultés de sommeil n'a pu être trouvée. Cependant, compte tenu de l'augmentation de leur consommation rapportée ci-dessus, de sa précocité ainsi que de l'accessibilité au produit, il est légitime de se questionner et de s'inquiéter quant aux impacts de la consommation d'alcool chez les adolescents québécois et de l'utilisation possible (et facile) de ce moyen afin de pallier les difficultés de sommeil.

Causes émotionnelles et psychopathologiques

Le stress s'impose en tant que cause psychologique des perturbations du sommeil. Chez les adolescents souffrant d'anxiété, le sommeil va à l'encontre du comportement de vigilance (Dahl et Lewin, 2002). L'activation physiologique et les processus cognitifs liés à l'anxiété ou au stress s'opposent à l'état de détente et à la baisse d'activité neuronale associés au sommeil. Le comportement de vigilance signifie être en alerte, toujours prêt à réagir en cas de besoin. Il est associé au système sympathique, tandis que le sommeil rallie des fonctions antagonistes, associées au système parasympathique. De plus, les enfants

expérimentent souvent de l'anxiété de séparation, une peur du noir ou des cauchemars relativement au coucher. Au début de l'adolescence, on peut encore remarquer ces phénomènes et ils interfèrent avec un bon sommeil (Vallido *et al.*, 2009). De façon circonstancielle et plus ponctuelle, des événements stressants tels que la période des examens, un déménagement, une décision importante peuvent causer des perturbations temporaires du sommeil. Des événements de type traumatique peuvent toutefois avoir des impacts à long terme sur la qualité du sommeil.

Selon une enquête québécoise menée auprès de 63 000 adolescents fréquentant les écoles secondaires du Québec (Pica *et al.*, 2013), 8,6 % d'entre eux ont rapporté souffrir d'anxiété, celle-ci ayant été confirmée par un professionnel de la santé. Cet indice est plus élevé chez les adolescentes, leur taux s'élevant à 11 %. Il est possible de croire que le pourcentage d'adolescents présentant des manifestations liées à l'anxiété, et ce, à différents niveaux de gravité, soit en réalité beaucoup plus élevé. Toujours selon cette enquête québécoise, le stress des adolescents serait principalement lié aux changements physiques et psychologiques qu'ils subissent, au contexte du passage du primaire au secondaire, aux relations amoureuses, etc. Ainsi, on remarque que le niveau de stress est plus élevé chez les adolescents plus âgés.

Comme rapporté plus haut, il existe également une relation bidirectionnelle entre la dépression et les perturbations du sommeil. Effectivement, la dépression est à la fois une conséquence et une cause des troubles du sommeil. Chez les adolescents, comme chez d'autres populations, un affect dépressif amène des perturbations du sommeil (Dahl et Lewin, 2002; Millman, 2005). Il cause, dans la majorité des cas, de l'insomnie. L'altération du sommeil est d'ailleurs l'un des premiers symptômes manifestés durant la dépression. Germain et Kupfer (2008) relèvent une forte association avec les perturbations du rythme circadien. Selon la même enquête québécoise mentionnée précédemment, 4,9 % des adolescents ont rapporté souffrir de dépression, celle-ci ayant été confirmée par un professionnel de la santé. Cet indice est plus élevé chez les adolescentes, leur taux s'élevant presque à 6 %. Cette fois encore, il est possible de croire que le pourcentage d'adolescents présentant des symptômes dépressifs soit en réalité plus élevé.

D'autres psychopathologies sont fréquemment associées aux troubles de sommeil chez les adolescents telles que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les troubles alimentaires et les troubles anxieux. Selon Ahmadi, Saleh et Shapiro (2010), il existerait une relation entre les troubles du sommeil et plusieurs troubles de santé mentale. Pour plusieurs auteurs cités dans cette étude, les troubles du sommeil ne sont pas uniquement des conséquences de la présence de

perturbations psychologiques, mais ils sont aussi impliqués dans l'apparition et l'évolution de certains troubles.

APPEL AU PASSAGE À L'ACTION

Les données qui précèdent permettent de mettre en lumière la place importante qu'occupe le sommeil dans l'équilibre de la santé psychologique des adolescents. À ce titre, il apparaît que le thème du sommeil devrait être placé au rang des problématiques sérieuses sur lesquelles portent les interventions actuelles auprès des jeunes.

La présente réflexion sur le sommeil des adolescents appelle à l'action. Les recommandations qui suivent tiennent compte de plusieurs éléments de l'environnement de l'adolescent, essentiellement le milieu familial et le système scolaire. Elles s'appliquent aux adolescents de niveaux secondaire et collégial.

Rôle des professionnels et des institutions

De prime abord, il est capital que les troubles du sommeil, compte tenu de leurs possibles conséquences, soient reconnus par les milieux institutionnels (santé, services sociaux et milieu scolaire) au même titre que d'autres problématiques (consommation, intimidation, dépression, etc.) ayant des liens avec la problématique du suicide. Conséquemment, il est recommandé de procéder à la diffusion d'outils d'information, de communication, de dépistage et de procéder à des changements organisationnels.

Considérant la mission du système de santé et des services sociaux du Québec, il est suggéré que ce dernier prenne en charge la création et la diffusion d'un guide à l'intention des parents, ayant pour objectif de permettre à ceux-ci de mieux connaître les particularités du sommeil des adolescents, les troubles du sommeil à l'adolescence, les conséquences de ces troubles du sommeil et les interventions à privilégier selon le niveau de gravité de la problématique.

Toujours dans l'objectif de mieux informer et de sensibiliser les parents et les jeunes à la thématique du sommeil, il est suggéré de procéder à une campagne de publicité sur les réseaux sociaux, dans laquelle les grandes lignes de la particularité et de l'importance du sommeil des adolescents seraient brièvement abordées. Par exemple, on pourrait y retrouver des questions clés et directes comme : Saviez-vous que les adolescents ont besoin d'environ neuf heures de sommeil par nuit? Saviez-vous que les difficultés de sommeil peuvent être liées à d'autres problématiques graves telles que la dépression ou le suicide? Les réseaux sociaux sont un médium plus accessible pour rejoindre les jeunes à moindre coût.

Comme dans toutes problématiques, la notion de dépistage est ici aussi très importante si on considère les liens entre les troubles du sommeil et d'autres difficultés. Ainsi, il serait pertinent que les intervenants œuvrant auprès des adolescents développent le réflexe de les questionner sur la qualité de leur sommeil puisque celle-ci constitue un indicateur de l'équilibre psychologique. Le questionnement sur la qualité du sommeil, lors d'une rencontre entre un adolescent et un professionnel, est une bonne amorce pour introduire des sujets plus complexes et plus personnels. Le sujet du sommeil est une question de nature courante. Régulièrement, les enfants se font demander s'ils ont bien dormi. Cette entrée en matière paraît donc plus chaleureuse et moins menaçante. Par ailleurs, il est recommandé que les professionnels de la santé impliqués dans les établissements d'enseignement de niveaux secondaire et collégial (psychologues, intervenants sociaux, infirmières, etc.) renseignent le personnel enseignant sur les particularités du sommeil des adolescents afin d'accentuer leur sensibilité à détecter les signaux d'alarme.

Compte tenu de l'importance de la problématique du suicide au Québec, des organismes importants tels que le Centre de prévention du suicide dans chaque région du Québec (CPS) existent afin d'offrir des services et une expertise concernant cette réalité. Pour ces types d'organismes ainsi que pour les intervenants impliqués dans la communauté, il est recommandé qu'ils parlent et intègrent davantage les troubles du sommeil dans leurs interventions puisque ces troubles sont actuellement reconnus comme faisant partie des signaux d'alarme en relation avec la problématique suicidaire.

Des difficultés de l'ordre de celles que vivent les adolescents souffrant de troubles du sommeil nécessitent parfois d'apporter des changements structurels importants, étant donné leurs impacts. Conséquemment, il est recommandé que le ministère de l'Éducation revoit et coordonne l'horaire quotidien de début des classes pour les étudiants de niveaux secondaire et collégial. Cette recommandation s'appuie sur la démonstration élaborée tout au long de cet article quant au manque de sommeil d'un fort pourcentage d'adolescents et quant aux conséquences qu'entraîne cette situation. Selon certaines recherches (Warner *et al.*, 2008), commencer l'école plus tard constitue un facteur de protection pour la santé les adolescents.

Une majorité d'écoles recensées aléatoirement, par une consultation des sites web de sept commissions scolaires et de leurs établissements répartis sur le territoire du Québec, commencent leur cours avant 8 h 45 le matin. Qui plus est, certaines de ces écoles sont situées en milieu rural et sur un vaste territoire (Commission scolaire des Chic-Chocs, Commission scolaire de la Riveraine, etc.). Elles nécessitent le transport scolaire des

étudiants vers leur établissement, ce qui porte à croire que ces élèves doivent se lever très tôt pour faire le trajet entre leur domicile et leur école secondaire.

Une étude réalisée par Wolfson et ses collaborateurs (2007) indique que les élèves qui bénéficient d'une heure de début des classes plus tardive ont un temps de sommeil plus long, dont 36 % de plus de neuf heures. Nous avons vu précédemment, dans la section sur les besoins de sommeil, qu'environ neuf heures de sommeil sont nécessaires pour répondre au besoin naturel des adolescents. Ces mêmes étudiants, avec entrée plus tardive en milieu scolaire, ont rapporté moins de fatigue durant la journée et moins d'impacts sur leur performance scolaire. De telles améliorations dans l'horaire des classes favorisent la disponibilité aux apprentissages et un meilleur appétit au petit déjeuner (étude citée dans Wahlstrom et Freeman, 1997).

Considérant ces résultats, il est approprié de recommander que le début des classes de niveaux secondaire et collégial au Québec ne s'effectue pas avant 9 h le matin. Compte tenu du fait que la plupart des adolescents commencent à faire du gardiennage à partir d'environ 12 ans (cours de gardien averti offert aux élèves de cinquième et sixième années du primaire) et que les jeunes de cet âge sont de plus en plus autonomes, cette recommandation ne pose pas de problème si l'heure de départ des enfants pour l'école s'effectue après l'heure de départ des parents pour le travail.

Sur le plan des institutions décisionnelles, il est suggéré de poursuivre les interventions limitant l'accès à l'alcool et aux drogues chez les jeunes ainsi que de réfléchir à une législation concernant les substances caféinées nocives pour la santé de tous.

Implication parentale

L'adolescent vit des changements dans son cycle de sommeil qui peuvent irriter les parents. Ceux-ci doivent mieux comprendre ces changements afin d'y être plus sensibles et, de ce fait, mieux organiser la vie familiale en tenant compte de cette nouvelle réalité. L'implication, la prise en charge et l'encadrement parentaux sont des contributeurs majeurs (Gangwisch, Babiss, Malaspina, Turner, Zammit et Posner, 2010; Millman, 2005) dans la qualité du sommeil des adolescents, mais prennent une forme différente de celle utilisée pendant la période de l'enfance.

L'information nécessaire et juste concernant la thématique du sommeil doit être mise à la disposition des parents puisqu'il est facile durant cette période d'attribuer des comportements à des clichés liés à la crise d'adolescence. Par exemple, il ne s'agit pas nécessairement d'un caprice

ou d'un comportement d'opposition de l'adolescent de vouloir se coucher plus tard ou d'un excès de paresse de se lever très tard la fin de semaine. Cette volonté repose sur les rythmes circadiens plus spécifiques à la période de l'adolescence.

Être sensible à ce que vit l'adolescent, c'est aussi l'aider à faire des liens entre ce qu'il vit et ses difficultés de sommeil. Par exemple, le parent peut questionner son enfant à savoir s'il vit actuellement une période de stress plus intense, une rupture amoureuse ou d'autres préoccupations qui pourraient influencer la qualité de son sommeil. Cela permet au parent de s'informer sur l'origine et la gravité des difficultés de sommeil afin d'accompagner son enfant vers les meilleures solutions possible.

Il va de soi que l'hygiène de sommeil est importante dans la qualité du sommeil. Bon nombre d'ouvrages font état des moyens pour prévenir ou pallier les difficultés de sommeil et traitent de l'hygiène de sommeil. Ils ne seront pas repris en détail ici. Ce qu'il est important de savoir, quant à cet aspect, c'est que compte tenu de leur âge et du besoin d'autonomie des adolescents, le parent doit adopter un rôle de conseiller et impliquer l'adolescent dans le développement de saines habitudes au lieu de les lui imposer. L'efficacité des interventions du parent repose sur la façon qu'il a de responsabiliser son enfant et de l'impliquer dans le choix des solutions pour pallier le problème. Il est utopique de penser que la seule connaissance peut influencer à 100 % les pratiques des adolescents. Cependant, de la même façon que les pratiques en matière d'alimentation évoluent lentement, il ne faut pas cesser de promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé. Au fil du temps, les messages finissent par avoir de l'impact et la connaissance est la base durable des bonnes pratiques.

Parfois, les difficultés de sommeil vont au-delà des questions d'hygiène quotidienne et nécessitent une consultation professionnelle. Conséquemment, il est recommandé que les parents n'hésitent pas à demander l'aide d'un professionnel de la santé lorsqu'ils se sentent dépassés par la situation. La consultation d'un professionnel permet aux parents de se sentir supportés. Cette action permet aussi de montrer à l'adolescent que ses difficultés sont prises au sérieux, que son parent est sensible à ce qu'il vit et qu'il est pris en charge par ce dernier.

Selon la source du problème identifiée, il est recommandé que l'adolescent puisse avoir recours à un service d'aide tel qu'un psychologue et, s'il le faut, avoir accès à des soins médicaux ou à de la médication. Cette recommandation peut éviter que l'adolescent se prenne en charge par lui-même et utilise des moyens inadéquats tels que la consommation pour pallier ses difficultés.

Compte tenu de l'âge de la puberté, il est recommandé que les parents soient aussi vigilants dès le primaire quant aux changements dans les habitudes de sommeil chez les filles puisque celles-ci atteignent l'adolescence de manière plus précoce que les garçons.

Étant donné les relations entre la consommation d'alcool, de drogues, de boissons caféinées et le sommeil, il apparaît important de formuler des recommandations à cet égard, surtout relativement à la précocité de la consommation rapportée précédemment. Il va de soi que ces recommandations vont de pair avec celles présentées auparavant, au sujet d'une bonne connaissance de la problématique des troubles du sommeil chez les adolescents ainsi que des moyens pour y pallier.

Au Canada, l'âge légal pour acheter de l'alcool varie selon les provinces (18 ou 19 ans; 18 ans au Québec). L'âge d'initiation à la consommation d'alcool ou de drogues est un facteur contributeur important de problème de consommation à un âge plus avancé (Roberts *et al.*, 2001). Il est alors recommandé que les parents portent une attention particulière aux opportunités de consommation de leurs enfants et soient sensibilisés aux impacts de la consommation précoce.

Les parents doivent aussi porter leur réflexion sur leurs propres habitudes de consommation, relativement à de possibles difficultés de sommeil. Nul besoin de rappeler qu'ils jouent un rôle de modèles à cet égard. Par exemple, quels moyens utilisent-ils eux-mêmes pour pallier leurs difficultés de sommeil? Sont-ils portés à utiliser l'alcool? Par ailleurs, il est recommandé d'apporter une attention particulière à la consommation de substances caféinées (café, boisson énergisante) de leurs adolescents et de se renseigner sur leurs impacts sur le sommeil. Les parents doivent être au fait des effets pervers de ces substances, alors qu'ils sont utilisés trop souvent comme une solution. Ils doivent être en mesure de conseiller leur enfant sur des moyens palliatifs sans conséquences négatives.

Nous croyons que les recommandations qui précèdent, si elles sont appliquées tant par les adolescents, leurs parents, leurs enseignants, les professionnels et les institutions, pourront faire une différence et contribuer à la diminution du taux de suicide chez les jeunes québécois.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

Ahmadi, N., Saleh, P. et Shapiro, C. M. (2010). The association between sleep disorders and depression: implication for treatment. Dans S. R. Pandi-Paumal et M. Kramer (dir.), *Sleep and mental illness* (p. 165-172). Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.

Billiard, M. et Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil.* Paris, France : Elsevier Masson.

Billiard, M. et Dauvilliers, Y. (2012). *Les troubles du sommeil* (2e éd.). Paris, France : Elsevier Masson.

Carskadon, M. A., Acebo, C., Richardson, G. S., Tate, B. A. et Seifer, R. (1997). An approach to studying circadian rhythms of adolescent humans. *Journal of Biological Rhythms, 12*(3), 278-289.

Carskadon, M. A., Orav, E. J. et Dement, W. C. (1983). Evolution of sleep and daytime sleepiness in adolescents. Dans C. Guilleminault et E. Lugaresi (dir.), *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long-term evolution* (p. 201-216). New York, NY : Raven Press.

Carskadon, M. A., Vieira, C et Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep, 16*(3), 258-262.

Courtois, R. (2011). *Les conduites à risque à l'adolescence : Repérer, prévenir, prendre en charge*. Paris, France : Dunod.

Crowley, S. J., Acebo, C. et Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, *8*(6), 602-612.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C.,. . . Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6) Repéré à http://www.euro.who.int/HBSC

Dahl, R. E. et Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, *31*(suppl. 6), 175-184.

Dubé, P.-A., Plamondon, L. et Tremblay, P.-Y. (2010). *Boissons énergisantes : risques liés à la consommation et perspectives de santé publique*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Franco, P., Challamel, M.-C., Konofal, E. et Lecendreux, M. (2012). Pédiatrie et sommeil. Dans M. Billiard et Y. Dauvilliers (dir.), *Les troubles du sommeil* (2e éd., p. 429-456). Paris, France : Elsevier Masson.

Franić, T., Kralj, Z., Marčinko, D., Knez, R. et Kardum, G. (2014). Suicidal ideations and sleep-related problems in early adolescence. *Early Intervention in Psychiatry*, *8*(2), 155-162.

Gangwisch, J. E., Babiss, L. A., Malaspina, D., Turner, B. J., Zammit, G. K. et Posner, K. (2010). Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *Sleep, 33*(1), 97-106.

Germain, A. et Kupfer, D. J. (2008). Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology, 23*(7), 571-585.

Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T. et Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, *11*(3), 191-199.

Giordanella, J. P. (2006). *Rapport sur le thème du sommeil.* Ministère de la Santé et des Solidarités. Repéré à http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000899/0000.pdf.

Goldstein, T. R., Bridge, J. A. et Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 84-91.

Gradisar, M., Gardner, G. et Dohnt, H. (2011). Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: A review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Medicine, 12*(2), 110-118.

Gradisar, M., Wright, H., Robinson, J., Paine, S. et Gamble, A. (2008). Adolescent napping behavior: Comparisons of school week versus weekend sleep patterns. *Sleep and Biological Rhythms*, *6*(3), 183-186.

Guyon, L., April, N., Kairouz, S., Papineau, É. et Chayer, L., (dir.), (2009). *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent. À l'heure de l'intégration des pratiques.* Institut national de santé publique du Québec. Québec, Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Hansen, M., Janssen, I., Schiff, A., Zee, P. C. et Dubocovich, M. L. (2005). The impact of school daily schedule on adolescent sleep. *Pediatrics*, *115*(6), 1555-1561.

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Rapport sur la mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – mise à jour 2016*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Jones, K. et Harrison, Y. (2001). Frontal lobe function, sleep loss and fragmented sleep. *Sleep Medicine Reviews, 5*(6), 463-475.

Knutson, K. L. et Lauderdale, D. S. (2009). Sociodemographic and behavioral predictors of bedtime and wake time among US adolescents aged 15 to 17 years. *The Journal of Pediatrics, 154*(3), 426-430.

Laberge, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, *10*(1), 59-67.

Lack, L. C. et Wright, H. R. (2012). Circadian rhythm disorders I. Phase-advanced et phase-delayed syndromes. Dans C. M. Morin et C. A. Espie (dir.), *The Oxford handbook of sleep and sleep disorders* (p. 597-625). New York, NY : Oxford University Press.

Lee, Y. J., Cho, S.-J., Cho, I. H. et Kim, S. J. (2012). Insufficient sleep and suicidality in adolescents. *Sleep*, *35*(4), 455-460.

Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, *27*(7), 1351-1358.

Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B. et Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health, 46*(2)*,* 124-132.

Martello, E. et Godbout, R. (2012). Le traitement cognitivo-comportemental des troubles de sommeil chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et S. Parent (dir.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Troubles intériorisés* (p. 207-230). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

McKnight-Eily, L. R., Eaton, D. K., Lowry, R., Croft, J. B., Presley-Cantrell, L. et Perry, G. S. (2011). Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Preventive Medicine*, *53*(4-5), 271-273.

Mercer, P. W., Merritt, S. L. et Cowell, J. M. (1998). Differences in reported sleep need among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *23*(5), 259-263.

Mesquita, G. et Reimão, R. (2007). Nightly use of computer by adolescents: Its effect on quality of sleep. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 65*(2-B), 428-432.

Millman, R. P. (2005). Excessive sleepiness in adolescents and young adults: Causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics, 115*(6), 1774-1786.

Mindell, J. A. et Owen, J. A. (2009). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems*. Philadelphie, PA : Lippincott Williams et Wilkins.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025.* Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

National Sleep Foundation. (2006). *Sleep in America poll*. Washington, DC : WBA Market Research.

Negriff, S., Dorn, L. D., Pabst, S. R. et Susman, E. J. (2011). Morningness/eveningness, pubertal timing, and substance use in adolescent girls. *Psychiatry Research, 185*(3), 408-413.

Pasch, K. E., Laska, M. N., Lytle, L. A. et Moe, S. G. (2010). Adolescent sleep, risk behaviors, and depressive symptoms: Are they linked? *American Journal of Health Behavior, 34*(2), 237-248.

Pica, L. A., Traroré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F., Berthelot, M. et Plante, N. (2013). *L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Tome 2. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale*. Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Raffray, T., Bond, T. L. Y. et Pelissolo, A. (2011). Correlates of insomnia in patients with social phobia: Role of depression and anxiety. *Psychiatry Research, 189*(2), 315-317.

Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollenbach, S., . . . Gliksman, S. (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : Un compendium des meilleures pratiques*. Repéré à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/prevent/young-jeune-fra.pdf

Roberts, R. E., Roberts, C. R. et Duong, H. T. (2008). Chronic insomnia and its negative consequences for health and functioning of adolescents: A 12-month prospective study. *Journal of Adolescent Health, 42*(3), 294-302.

Royant-Parola, S. (dir.) (2007). *Les mécanismes du sommeil : rythmes et pathologies*. Paris, France : Le Pommier.

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., . . . Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(3), 255-262.

Shröder, C. M. et Bourgin, P. (2012). Pathologies psychiatriques, équilibre mental et sommeil. Dans M. Billiard et Y. Dauvilliers (dir.), *Les troubles du sommeil* (p. 377-398). Paris, France : Elsevier Masson.

Szymczak, J. T., Jasińska, M., Pawlak, E. et Zwierzykowska, M. (1993). Annual and weekly changes in the sleep–wake rhythm of school children. *Sleep, 16*(5), 433-435.

Thorpy, M. J., Korman, E., Spielman, A. J. et Glovinsky, P. B. (1988). Delayed sleep phase syndrome in adolescents. *Journal of Adolescent Health Care, 9*(1), 22-27.

Tonetti, L., Fabbri, M. et Natale, V. (2008). Sex difference in sleep-time preference and sleep need: A cross-sectional survey among Italian pre-adolescents, adolescents, and adults. *Chronobiology International, 25*(5), 745-759.

Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews, 13*(5), 355-361.

Vallido, T., Peters, K., O'Brien, L. et Jackson, D. (2009). Sleep in adolescence: A review of issues for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1819-1826.

Vecchierini, M.-F. et Touchon, J. (1997). *Le guide du sommeil*. Paris, France : John Libbey Eurotext.

Wahlstrom, K. L. et Freeman, C. M. (1997). *School start time study: Preliminary report of findings*. Minneapolis, MN : University of Minnesota, Center for Applied Research and Educational Improvement.

Warner, S., Murray, G. et Meyer, D. (2008). Holiday and school-term sleep patterns of Australian adolescents. *Journal of Adolescence*, *31*(5), 595-608.

Winsler, A., Deutsch, A., Vorona, R. D., Payne, P. A. et Szklo-Coxe, M. (2015). Sleepless in Fairfax: The difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*(2), 362-378.

Wolfson, A. R. et Carskadon, M. A. (1998). Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, *69*(4), 875-887.

Wolfson, A. R., Spaulding, N. L., Dandrow, C. et Baroni, E. M. (2007). Middle school start times: The importance of a good night's sleep for young adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, *5*(3), 194-209.

Wong, M. M. et Brower, K. J. (2012). The prospective relationship between sleep problems and suicidal behavior in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(7), 953-959.

Wong, M. M., Brower, K. J. et Craun, E. A. (2016). Insomnia symptoms and suicidality in the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement. *Journal of Psychiatric Research*, *81*, 1-8.

Wong, M. M., Brower, K. J. et Zucker, R. A. (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(4), 505-511.

RÉSUMÉ

Après les accidents de véhicules divers, le suicide s'avère la deuxième cause de mortalité au Québec chez les adolescents de 15 à 19 ans. De plus en plus d'études indiquent qu'en plus de constituer des signaux d'alarme, les problèmes de sommeil chez les jeunes

pourraient contribuer à la problématique suicidaire. Le présent article dresse un portrait du suicide chez les adolescents québécois, quantifie les besoins des jeunes en matière de sommeil et aborde les deux problèmes de sommeil les plus fréquents auprès de cette population, soit l'insomnie et le syndrome de délai de phase. Il présente ensuite les causes et les conséquences de ces difficultés de sommeil et explique les liens unissant ces dernières à la problématique suicidaire. Des recommandations s'adressant tant aux jeunes, aux parents, aux professionnels qu'aux institutions sont finalement effectuées.

MOTS CLÉS

sommeil, suicide, adolescence

ABSTRACT

After various kinds of motor vehicle accidents, suicide is the second most important cause of mortality in Québec adolescents aged 15 to 19. An increasing number of studies indicate that, as well as raising alarm signals, sleep problems in young people may be contributing to the problem of youth suicide. This article presents a profile of suicide among Québec adolescents, quantifies young people's sleep requirements, and examines two of the most common sleep problems in this population: that is, insomnia and delayed sleep phase syndrome. It then describes the causes and consequences of these sleep difficulties, and explores the links between the latter and the problem of suicide. Finally, the article makes several recommendations for young people, their parents, professionals and institutions.

KEY WORDS

sleep, suicide, adolescence