

Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique ?

François Chagnon, Johanne Renaud et Lambert Farand

Volume 34, numéro 2, automne 2001

Comportements suicidaires et délinquance

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/027506ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/027506ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Chagnon, F., Renaud, J. & Farand, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique ? *Criminologie*, 34(2), 85–102. <https://doi.org/10.7202/027506ar>

Résumé de l'article

Cet article examine la relation entre suicide et délinquance chez les jeunes. Une revue des recherches suggère que les comportements suicidaires sont exceptionnellement fréquents chez les jeunes Québécois qui présentent des comportements délinquants ou perturbateurs. Ainsi, au moins 32 % des jeunes de 18 ans et moins décédés par suicide au Québec au cours des années 1995-96 avaient reçu des services des Centresjeunesse, organismes responsables de l'intervention auprès des jeunes contrevenants et des jeunes en besoin de protection. Parmi ces victimes, les jeunes contrevenants et les jeunes qui ont des troubles sévères du comportement, qui constituent environ 33 % de la clientèle des Centresjeunesse, avaient commis 69 % des suicides. L'examen des recherches récentes propose trois ensembles d'hypothèses pour tenter d'expliquer les taux élevés de comportements suicidaires chez ces jeunes, hypothèses portant respectivement sur 1) la psychopathologie et les trajectoires de vie, 2) l'impulsivité, l'agressivité et la réaction au stress et 3) l'impact à plus ou moins long terme des événements de vie négatifs. Certains facteurs organisationnels liés aux milieux d'intervention destinés aux jeunes délinquants sont aussi discutés. En conclusion, nous faisons des recommandations pour améliorer la prévention du suicide dans ces milieux.

Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique ?

François Chagnon

Chercheur

*Centre de recherche et d'intervention sur le suicide
et l'euthanasie (CRISE)*

Université du Québec à Montréal

Institut universitaire des Centres jeunesse de Montréal

fchagnon@mtl.centresjeunesse.qc.ca

Docteure Johanne Renaud

Département de psychiatrie

Hôpital Sainte-Justine de Montréal

Docteur Lambert Farand

Département d'administration de la santé

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)

Université de Montréal

RÉSUMÉ • Cet article examine la relation entre suicide et délinquance chez les jeunes. Une revue des recherches suggère que les comportements suicidaires sont exceptionnellement fréquents chez les jeunes Québécois qui présentent des comportements délinquants ou perturbateurs. Ainsi, au moins 32 % des jeunes de 18 ans et moins décédés par suicide au Québec au cours des années 1995-96 avaient reçu des services des Centres jeunesse, organismes responsables de l'intervention auprès des jeunes contrevenants et des jeunes en besoin de protection. Parmi ces victimes, les jeunes contrevenants et les jeunes qui ont des troubles sévères du comportement, qui constituent environ 33 % de la clientèle des Centres jeunesse, avaient commis 69 % des suicides. L'examen des recherches récentes propose trois ensembles d'hypothèses pour tenter d'expliquer les taux élevés de comportements suicidaires chez ces jeunes, hypothèses portant respectivement sur 1) la psychopathologie et les trajectoires de vie, 2) l'impulsivité, l'agressivité et la réaction au stress et 3) l'impact à plus ou moins long terme des événements de vie négatifs. Certains facteurs organisationnels liés aux milieux d'intervention destinés aux jeunes délinquants sont aussi discutés. En conclusion, nous faisons des recommandations pour améliorer la prévention du suicide dans ces milieux.

SUMMARY • This article examines the relation between juvenile delinquency and suicide in adolescents. A review of the research suggests that suicidal behavior is extremely frequent among Quebec delinquent or severely disruptive adolescents. At least 32 % of Quebec adolescents who committed suicide in 1995 and 1996 had been involved with the "Centres jeunesse" (CJ), a governmental organization in charge of juvenile delinquents and youths in need of protection. Among those suicide victims, juvenile delinquents and severely disruptive adolescents, who represent 33 % of CJ customers, committed 69 % of all suicides. A review of recent research suggests three sets of hypotheses for explaining the high level of suicidal behaviors among delinquent and disruptive adolescents, in terms of 1) psychopathology and life history, 2) impulsivity, aggressivity, and stress adjustment, and 3) the short and long term impacts of negative life events. Certain organizational factors of the intervention environments for delinquent and disruptive adolescents are also discussed. In conclusion, we recommend strategies for improving suicide prevention in those environments.

L'incidence du suicide chez les jeunes au Québec est accablante et figure parmi les plus élevées au sein des pays industrialisés. En 1996, le taux de suicide chez les jeunes Québécois âgés de 15 à 19 ans était de 20,7 par 100 000, ce qui représentait une augmentation du simple au double par rapport au taux observé en 1980 (11,1 par 100 000, Statistiques Canada, 1997-1998). En comparaison, l'incidence du suicide chez les jeunes du même groupe d'âge s'établissait à 11,5 par 100 000 au Canada, alors qu'on observait chez les jeunes de 15 à 24 ans un taux de 12 par 100 000 aux États-Unis (American Association of Suicidology, 1998). En 1998, le suicide représentait 38,3 % des décès au Québec chez les jeunes de 15 à 19 ans (Québec, Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998).

Contrairement à l'augmentation du taux de suicide, la plupart des indicateurs de criminalité juvénile au Québec sont restés relativement stables au cours de la dernière décennie et restent moins élevés que dans les autres provinces canadiennes. L'évolution différente de ces deux phénomènes d'auto et d'hétéro-agression nous fait nous interroger sur les rapports entre comportements suicidaires et délinquants. On peut, par exemple, se demander jusqu'à quel point les jeunes suicidaires et les jeunes délinquants constituent deux groupes distincts, voire même si la délinquance représente un facteur de protection du suicide chez les jeunes, tel que le laisserait supposer la conception psychanalytique classique (Menninger, 1938).

Dans cet article, nous allons d'abord revoir les recherches portant sur la problématique du suicide parmi les jeunes Québécois aux prises avec des problèmes de délinquance ou des troubles de comportement sévères. Nous examinerons ensuite trois ensembles d'hypothèses susceptibles d'éclairer les rapports entre délinquance et comportement suicidaire.

La recherche québécoise sur la problématique du suicide parmi les jeunes présentant des comportements perturbateurs

Les quelques recherches effectuées au Québec sur la problématique du suicide chez les jeunes délinquants et chez les jeunes présentant des troubles sévères du comportement ont été effectuées à partir d'échantillonnages des clientèles des « Centres jeunesse ». Ces organisations dispensent des services sociaux et des programmes de réadaptation, de garde et de probation à l'ensemble des jeunes Québécois qui ont des besoins de protection ou qui sont accusés ou condamnés pour des activités criminelles. Ces programmes et ces services sont dispensés en institution ou en communauté, cette dernière modalité étant la plus fréquente. Les Centres jeunesse interviennent auprès des jeunes et de leur famille en vertu de trois législations. Premièrement, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS, Gouvernement du Québec, 1998) vise à maintenir et à améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes. Deuxièmement, la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ, Gouvernement du Québec, 1998) vise à mettre fin aux situations qui compromettent la sécurité ou le développement d'un jeune et à en prévenir la récurrence. Elle concerne, d'une part, les jeunes qui sont victimes de négligence ou d'abus et, d'autre part, ceux qui présentent des troubles sévères du comportement, lorsque les parents ne parviennent pas à intervenir de façon efficace (article 38*h* de la LPJ). Enfin, la *Loi sur les jeunes contrevenants* (LJC, Gouvernement du Canada, 1997) a pour objectif d'assurer la protection de la société contre les conduites illicites des jeunes délinquants et à diminuer la possibilité de récidive en privilégiant la responsabilisation du jeune face à son acte. Au cours de l'année 1999, environ 100 000 jeunes (99 642) ont reçu des services d'un Centre jeunesse, 19 % en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, 14 % en vertu de l'article 38*h* de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (troubles du comportement sévères) et 67 % en vertu d'autres articles ou d'autres lois (LSSS et LPJ) dans les cas de négligence et d'abus)

(Association des Centres jeunesse, 2000). Cet article porte plus spécifiquement sur les jeunes délinquants et les jeunes qui ont des troubles sévères du comportement.

Les idéations suicidaires et les tentatives de suicide

Trois études ont été réalisées au Québec sur les idéations suicidaires et sur les tentatives de suicide parmi les jeunes recevant des services des Centres jeunesse. Une première étude, menée par Desrosiers *et al.* (1992) auprès de 79 adolescents recevant des services d'un Centre jeunesse en zone rurale, établit à 27,8 % le taux à vie de tentatives de suicide chez les jeunes interrogés. La majorité de ces jeunes recevaient des interventions dans leur milieu de vie par le suivi d'un éducateur ou d'un intervenant social, ce qui laisse supposer que les comportements de ces jeunes n'étaient pas suffisamment perturbés pour nécessiter leur retrait de leur milieu.

Plus récemment, Pronovost et Leclerc (1998) ont interrogé un échantillon de 351 jeunes, âgés de 11 à 18 ans, admis en centre de réadaptation : 64,4 % des participants ont rapporté au moins un épisode suicidaire comprenant soit une idéation suicidaire sérieuse ou une tentative de suicide à vie ; plus spécifiquement, 33 % des participants ont rapporté au moins une tentative de suicide. L'examen des motifs de référence de ces sujets en Centres jeunesse a montré que les comportements violents étaient en cause chez 52 % des jeunes qui avaient présenté des idéations ou des tentatives suicidaires, comparativement à 38 % pour les autres.

L'étude de Chagnon (2000), menée auprès de 160 adolescents âgés de 14 à 17 ans hébergés consécutivement en Centre jeunesse dans la région de Montréal en 1995 et 1996, présente des résultats comparables : 60 % des participants rapportent un épisode suicidaire ou plus (idéation suicidaire sérieuse 21 %, tentative de suicide 39 %). Les principaux motifs de placement des participants étaient les troubles du comportement (65 %) et l'incapacité pour les parents de contrôler le jeune (26 %) ; 43 % des sujets étaient assujettis à la *Loi sur les jeunes contrevenants* (LPJ 49 % ; LJC 43 % ; LSSSS 8 %).

Bien que parcellaires, ces données montrent que le taux de tentatives de suicide parmi les clientèles des Centres jeunesse, et en particulier chez les jeunes qui présentent des troubles de comportement, est de 4 à

10 fois supérieur aux chiffres des principales enquêtes menées auprès des jeunes Québécois (Tousignant *et al.*, 1988 ; Côté *et al.*, 1990 ; Enquête sociale et de santé, 1992-1993). Ces taux correspondent, dans l'ensemble, aux résultats des études menées aux États-Unis auprès d'échantillons de jeunes relativement comparables. L'étude de Miller *et al.* (1982), menée auprès de 150 jeunes admis dans un centre pour adolescents délinquants, rapporte que 20 % des participants ($n = 30$) ont tenté une fois ou plus de se suicider au cours de leur vie. Alessi *et al.* (1984) rapportent que 61 % des sujets d'un groupe de 71 jeunes délinquants hébergés dans une institution correctionnelle disent avoir tenté de se suicider au cours de l'année précédant l'étude en question. Finalement, Kempton et Forehand (1992) ont trouvé un taux de 30 % de tentatives de suicide chez 51 jeunes délinquants hébergés en internat de réadaptation.

Les suicides complétés

Deux études ont examiné les décès par suicide parmi les clientèles des Centres jeunesse au Québec. Les premières données disponibles proviennent d'une enquête réalisée par Samson (1992) pour le compte de la Commission des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. L'auteur, procédant par consultation auprès des directeurs généraux des établissements concernés, a dénombré, entre 1986 et 1988, huit suicides et 289 tentatives survenues dans 39 centres de réadaptation. Par ailleurs, 19 jeunes se seraient suicidés après leur séjour en centre. Étant donné la méthodologie utilisée, ces résultats représentent probablement un estimé conservateur de la problématique, puisque, de l'avis même des responsables de l'enquête, celle-ci « ne permet pas de dégager des données suffisamment significatives pour broser un tableau juste de la situation des jeunes qui attendent à leur vie » (Samson, 1992 :15).

Une deuxième étude plus récente, menée par un groupe de travail sur la problématique du suicide parmi les clientèles des Centres jeunesse¹, a montré qu'au moins 32 % (57/177) des jeunes Québécois de 18 ans et moins décédés par suicide, au cours des années 1995 et 1996, avaient reçu des services des Centres jeunesse ; 79 % de ces jeunes suicidés ayant reçu des services des Centres jeunesse recevaient encore des services au cours de l'année précédant leur suicide (Farand *et al.*, 2000).

1. Rapport préparé par un comité formé de représentants de l'Association des Centres jeunesse du Québec, du Collège des médecins du Québec et du Protecteur du citoyen, avril 1999.

Or moins de 8 % des jeunes Québécois avaient reçu ou recevaient encore des services des Centres jeunesse au cours des deux années en cause (1995 et 1996). On peut donc estimer que le taux de suicide des clientèles des Centres jeunesse est au moins quatre fois supérieur à celui des jeunes Québécois en général.

L'examen du cadre légal à l'intérieur duquel ces jeunes avaient été pris en charge par les Centres jeunesse montre que 69 % des jeunes suicidés ayant reçu des services d'un Centre jeunesse en avaient bénéficié en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants* ou de l'article 38. h) de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (troubles du comportement sévères), alors que ces jeunes ne représentent que le tiers de la clientèle des Centres jeunesse (Association des Centres jeunesse, 2000). Les jeunes contrevenants et les jeunes avec des troubles sévères du comportement qui sont pris en charge par les Centres jeunesse ont donc un taux de suicide 4,4 fois plus élevé que les autres clientèles des Centres jeunesse et au moins 8,3 fois plus élevé que les jeunes Québécois en général. Les clientèles des Centres jeunesse qui ne sont pas assujetties à la *Loi sur les jeunes contrevenants*, ni à l'article 38. h) de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (troubles de comportement sévères), présentent, pour leur part, un taux de suicide deux fois plus élevé que les jeunes Québécois en général.

Toutes ces données suggèrent que, contrairement à la conception psychanalytique classique, suicide et délinquance sont des problématiques qui se chevauchent au lieu de s'opposer. Dans la section suivante, nous examinerons trois ensembles d'hypothèses permettant de mieux comprendre les relations entre suicide, délinquance et trouble de comportement.

Psychopathologie, trajectoire de vie et suicide

La relation de causalité entre dépression et suicide a été clairement établie au cours des deux dernières décennies (Brent, 1995). Des recherches récentes révèlent cependant que les troubles de conduite et les troubles de la personnalité, plus spécifiquement de la personnalité antisociale², sont fréquents chez les adolescents suicidés et représentent

2. Dans la classification des troubles mentaux du DSM-IV, le trouble de conduite et le trouble de la personnalité antisociale correspondent respectivement aux versions juvénile et adulte de la personnalité délinquante. Par ailleurs, le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale inclut nécessairement la présence d'un trouble de conduite ayant débuté avant l'âge de quinze ans. Nous utiliserons ici ces deux termes de façon équivalente.

aussi des facteurs de risque de suicide très importants (Brent, 1995 ; Shaffer *et al.*, 1996). Cette association s'applique également aux idéations et aux tentatives suicidaires (Gould *et al.*, 1998).

Selon les études utilisant la méthode dite « d'autopsie psychologique » (Brent *et al.*, 1988), entre 9 % et 43 % des jeunes décédés par suicide présentaient un diagnostic de trouble de conduite au moment du décès (Brent, 1995). L'étude cas-témoin de Brent *et al.* (1994) a montré que 11 % des adolescents suicidés souffraient d'un trouble de la personnalité antisociale. Marttunen *et al.* (1991) relèvent des résultats comparables : dans leur échantillon de 53 jeunes décédés par suicide, 11 % des sujets masculins présentaient un trouble de la personnalité antisociale.

Les troubles du comportement perturbateur³ se manifestent souvent en comorbidité avec d'autres psychopathologies, en particulier les troubles de l'humeur et les troubles reliés à l'abus ou à la dépendance aux drogues ou à l'alcool (Brent *et al.*, 1993 ; Shaffer *et al.*, 1996). L'étude de Brent *et al.* (1993) révèle que 27 % des jeunes suicidés présentaient un trouble de consommation abusive de substances ; dans l'étude de Shafii *et al.* (1988), cette proportion atteignait 62 %. Par ailleurs, Brent *et al.* (1993) rapportent que parmi les adolescents décédés par suicide présentant une consommation abusive de substances, le tiers (6/18) présentait également un trouble de conduite. Cette association est aussi démontrée par des études épidémiologiques qui montrent que la dépendance et l'abus de drogues ou d'alcool sont fréquemment associés aux idéations et aux tentatives de suicide (Lewinsohn *et al.*, 1994 ; Gould *et al.*, 1998) et que ces problèmes de consommation constituent un facteur d'aggravation du risque suicidaire (Gould *et al.*, 1998).

Les études qui ont examiné les rapports chronologiques entre l'apparition du diagnostic psychiatrique et le suicide indiquent des processus différents selon la nature du diagnostic (Brent *et al.*, 1993 ; Runeson *et al.*, 1996). Par exemple, le suicide chez les adolescents qui ont développé un trouble de conduite surviendrait le plus souvent au terme d'un long parcours de difficultés de vie (Marttunen *et al.*, 1991, Runeson *et al.*, 1996). Ce processus se caractériserait par un cycle d'aggravation mutuelle de la condition psychiatrique et des conditions de vie, cycle au cours duquel l'abus de drogues ou d'alcool pourrait intervenir, à long ou moyen terme, comme facteur prédisposant, ou, à court terme, comme

3. Qui incluent, selon le DSM-IV, le trouble de conduite, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble du comportement perturbateur non spécifié.

facteur précipitant le suicide. Runeson *et al.* (1996) soulignent que, par ses conduites délinquantes ou antisociales, l'adolescent épuise graduellement son réseau de soutien et cumule les difficultés de vie. La consommation abusive d'alcool ou de drogues s'ajoute à ce cycle et contribue à l'isolement social, le suicide devenant alors une alternative afin d'échapper à la situation d'impasse et de désespoir dans laquelle se retrouve éventuellement le jeune.

Alors que les troubles de dépendance ou d'abus de drogues ou d'alcool peuvent prédisposer au suicide, l'intoxication aux drogues ou à l'alcool pourrait aussi intervenir comme facteur précipitant. Plusieurs études indiquent en effet qu'entre 17 % et 51 % des jeunes décédés par suicide étaient intoxiqués à l'alcool ou aux drogues lors de l'événement (Marttunen *et al.*, 1991 ; Groholt *et al.*, 1998).

L'étude cas-témoin de Renaud *et al.* (1999) portant sur deux groupes d'adolescents, suicidés ou non, présentant tous un trouble de conduite, appuie en partie l'hypothèse de Runeson *et al.* (1996). Renaud *et al.* trouvent, en effet, que les adolescents décédés par suicide présentent un diagnostic courant de consommation abusive de substances, en comorbidité avec leur trouble de conduite, plus fréquent que dans le groupe témoin. L'étude de Chagnon (2000) portant sur 84 jeunes admis en Centres jeunesse révèle, par ailleurs, que les sujets ayant présenté des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide rapportent une consommation plus fréquente d'alcool au cours de l'année précédente, par comparaison avec les sujets non suicidaires.

Ces différentes études montrent donc que l'interaction entre certaines psychopathologies (troubles de conduite, troubles de la personnalité antisociale), la dépendance ou l'abus de drogues ou d'alcool et les trajectoires de vie des sujets en cause pourrait, en partie du moins, expliquer le taux élevé de suicide parmi les jeunes délinquants et les jeunes qui présentent des troubles sévères du comportement.

Agressivité, impulsivité et mécanismes d'adaptation

L'agressivité et l'impulsivité constituent des caractéristiques importantes de la personnalité délinquante⁴. On les retrouve par ailleurs fréquem-

4. Dans le DSM-IV, ces deux caractéristiques se retrouvent parmi les critères diagnostiques de la personnalité antisociale, du trouble de conduite et du trouble oppositionnel avec provocation.

ment chez des jeunes qui ne franchissent pas le seuil diagnostique des conditions décrites à la section précédente. Un ensemble de recherches indique que ces deux traits pourraient être impliqués, à titre de facteurs prédisposants ou précipitants, dans la genèse du suicide chez les jeunes délinquants. Ainsi, Brent *et al.* (1988) rapportent que 13,8 % des jeunes suicidés avaient eu des idéations *homicidaires* au cours de la semaine précédant leur suicide. Plus récemment, l'étude cas-témoin de Brent *et al.* (1993), comparant la violence impulsive entre des adolescents décédés par suicide et des sujets vivants, a montré que les sujets décédés par suicide avaient présenté un niveau plus élevé d'irritabilité, ainsi qu'un taux plus élevé de comportements agressifs, que le groupe témoin.

Les recherches portant sur les idéations et les tentatives suicidaires mettent également en évidence cette relation entre agressivité et comportements suicidaires (Spirito *et al.*, 1989). L'étude prospective de Pfeffer *et al.* (1988), qui a examiné, sur une période de 2 ans, les idéations suicidaires dans un échantillon de 100 enfants dont l'âge moyen était de 12,1 ans, a montré que les principaux facteurs associés à la présence d'idéations suicidaires au cours de la période de suivi étaient, par ordre décroissant, les indices de psychopathologie (dont la dépression), l'agression et les comportements violents envers autrui. Myers *et al.* (1991) ont examiné sur une période de 3 ans un échantillon de 100 jeunes âgés de 7 à 17 ans ayant vécu un épisode récent de dépression majeure. Dans cette étude, les trois variables prédictives des comportements suicidaires au cours des 3 années subséquentes étaient l'intensité initiale des idéations suicidaires, la colère et l'âge des sujets. Plus récemment, Grosz *et al.* (1994) ont comparé 40 adolescents violents et 36 adolescents non violents hospitalisés en clinique psychiatrique. Cette étude a montré une relation significative entre les comportements violents et le risque suicidaire.

Plusieurs études ont porté sur les rapports entre suicide et impulsivité. Kashden *et al.* (1993) ont comparé 23 adolescents hospitalisés en psychiatrie suite à des idéations ou à une tentative de suicide, 20 adolescents hospitalisés en psychiatrie sans idéation ni tentative de suicide et un groupe contrôle de 20 adolescents de la communauté également sans idéation ni tentative de suicide. L'étude a montré que les jeunes suicidaires étaient plus impulsifs que les autres jeunes hospitalisés en psychiatrie et que les jeunes du groupe contrôle.

Apter *et al.* (1995) ont examiné 163 adolescents admis consécutivement en unité psychiatrique suite à une tentative de suicide. Ils ont

montré une corrélation significative entre les comportements agressifs et le suicide, de même qu'entre la dépression et le suicide. Cependant, n'ayant pu mettre en évidence de corrélation entre l'agression et la dépression, les auteurs suggèrent que l'impulsivité pourrait constituer un modérateur de la relation entre agression et suicide. Plus récemment, Beautrais *et al.* (1999) ont comparé les caractéristiques de 129 adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide sévère à celles de 153 sujets témoins sélectionnés au hasard dans la communauté. Ils ont trouvé qu'un niveau élevé d'impulsivité augmentait de 6.2 fois le risque de tentative de suicide. Enfin, Horesh *et al.* (1999) ont examiné 118 adolescents admis en unité psychiatrique, dont 60 avaient des idéations suicidaires ou avaient commis une tentative de suicide. Ils ont constaté que l'impulsivité était associée à l'intensité de l'intention suicidaire ($r.23$), au niveau de violence envers les autres ($r.38$), aux sentiments agressifs ($r.35$) et au trouble des conduites ($r.36$).

Puisque l'agressivité et l'impulsivité semblent impliquées dans la genèse des comportements suicidaires, il est possible que la difficulté à gérer cette agressivité et les sentiments de colère qui l'accompagnent puisse contribuer au risque suicidaire. Des études cliniques confirment cette hypothèse et indiquent que les jeunes qui présentent des idéations et des tentatives suicidaires sont moins aptes à gérer leurs sentiments de colère ou de tristesse (Khan, 1987) et plus susceptibles d'utiliser des mécanismes d'adaptation inefficaces face à des situations conflictuelles (Curran, 1987). Dans un mode exploratoire, Khan (1987) a examiné la manière dont des adolescents qui avaient tenté de se suicider ($n = 40$) et des adolescents non suicidaires ($n = 80$) s'adaptaient aux événements précédant leur tentative de suicide ou à des événements stressants importants. Cette étude a montré que les événements qui avaient précédé la tentative de suicide étaient comparables en fréquence et en intensité aux événements qu'avaient vécus les jeunes non suicidaires au cours de la même période. Cependant, les analyses qualitatives réalisées à partir d'entrevues en profondeur montrent que les jeunes suicidaires étaient relativement incapables de gérer adéquatement leurs sentiments de colère et de tristesse et qu'ils avaient davantage de difficultés à envisager les conséquences de leurs actes. Plusieurs participants des deux groupes ont en outre rapporté avoir éprouvé de la colère lorsqu'ils avaient été confrontés à ces événements. Cependant, les adolescents non suicidaires avaient mieux canalisé leur colère dans le cadre d'activités constructives.

Chagnon (2000) a comparé les mécanismes d'adaptation aux événements stressants négatifs rapportés par 84 adolescents hébergés en Centres jeunesse. Face à l'événement stressant le plus important vécu au cours du dernier mois, les sujets qui avaient fait au moins une tentative de suicide ou qui avaient présenté des idéations suicidaires au cours du dernier mois ont été plus nombreux à rapporter l'agression et le blâme des autres comme mécanismes d'adaptation. Ces résultats s'apparentent à ceux de Wilson *et al.* (1995), qui avaient comparé les mécanismes d'adaptation rapportés par 20 adolescents hospitalisés en secteur psychiatrique à la suite d'une tentative de suicide et 20 adolescents non suicidaires issus de la communauté. Les deux groupes de jeunes identifiaient un nombre comparable de solutions pour s'adapter à l'événement stressant le plus important vécu au cours des 6 derniers mois. Cependant, les jeunes présentant des tendances suicidaires étaient plus nombreux à identifier des stratégies d'adaptation inadéquates face à un tel événement.

Les résultats précédents montrent que l'impulsivité et l'agressivité constituent des facteurs importants de risque suicidaire. Ils confirment également l'hypothèse que les jeunes qui présentent un niveau élevé d'impulsivité et d'agressivité, tout en étant moins capables de s'adapter aux difficultés de la vie, pourraient présenter un risque plus élevé de suicide que les jeunes qui disposent de stratégies d'adaptation plus adéquates. Ces recherches permettent donc d'identifier des mécanismes supplémentaires pouvant contribuer au risque suicidaire chez les jeunes délinquants ou chez les jeunes qui ont des troubles sévères du comportement, même en l'absence de psychopathologie formelle⁵.

Événements stressants et suicide

Les jeunes qui ont des conduites délinquantes ou antisociales sont particulièrement exposés aux difficultés de la vie et aux événements stressants issus de l'environnement au sein duquel ils se sont développés, ces difficultés et événements étant, en outre, souvent provoqués ou exacerbés par leurs propres comportements perturbateurs. Un troisième champ de recherche examine donc les relations entre difficultés de vie,

5. ... c'est-à-dire dont la symptomatologie n'est pas suffisamment sévère pour franchir les seuils diagnostiques définis dans le DSM-IV.

événements stressants et risque suicidaire. De manière générale, ces recherches montrent que certains événements stressants, récents ou plus lointains, sont souvent impliqués dans la genèse du comportement suicidaire chez les adolescents (Chagnon, 2000).

Les crises disciplinaires et les problèmes légaux sont des événements qui précèdent souvent le suicide (Hoberman *et al.*, 1988 ; Marttunen *et al.*, 1992 ; Brent *et al.*, 1993 ; Gould *et al.*, 1996). Gould *et al.* (1996) rapportent que, dans un échantillon de 120 jeunes décédés par suicide, 47,7 % avaient vécu une crise disciplinaire récente en comparaison de 15,5 % pour les adolescents du groupe contrôle. Les crises disciplinaires les plus fréquentes étaient la suspension de l'école (16,1 % des jeunes décédés par suicide et 2,6 % du groupe contrôle) et la comparution au tribunal (18,4 % des jeunes décédés par suicide et 6,6 % du groupe contrôle). Cette étude montre que la présence d'une crise disciplinaire augmente de façon significative le risque de suicide, même après contrôle des facteurs psychiatriques. Ces événements se produisent souvent dans les jours qui précèdent le suicide. Marttunen *et al.* (1992) rapportent que 50 % des problèmes légaux et des crises disciplinaires surviennent au cours des 24 heures qui précèdent le suicide. Hoberman *et al.* (1988) ont constaté que les problèmes légaux et les crises disciplinaires sont fréquents au cours des jours qui précèdent le suicide, et que les garçons vivent deux fois plus souvent un problème légal impliquant l'intervention des policiers au cours des 24 heures précédant le suicide. Évidemment, ces facteurs précipitants affectent de façon prépondérante des jeunes qui sont aux prises avec des problèmes de délinquance ou des troubles sévères du comportement.

Les jeunes délinquants sont en outre particulièrement susceptibles d'avoir vécu dans un environnement familial inadéquat ou dysfonctionnel. La recherche montre que certains événements liés à l'environnement familial sont associés au suicide. Marttunen *et al.* (1992) rapportent que 38 % des suicidés (20/53) de leur échantillon avaient vécu des conflits familiaux importants au cours du mois précédant le suicide et que 38 % des victimes de l'étude disposaient d'un faible soutien parental. Par ailleurs, le conflit interpersonnel comme événement précipitant le suicide se retrouvait plus fréquemment chez les jeunes qui disposaient d'un faible soutien parental. Celui-ci référait à la présence, au cours de la dernière année, d'abus d'alcool, de troubles psychiatriques sévères, de tentatives de suicide ou de violence conjugale au sein de la famille. Dans une étude avec cas-témoin, Brent *et al.*

(1998) ont constaté que les adolescents décédés par suicide étaient significativement plus nombreux que les jeunes du groupe témoin à avoir vécu des événements familiaux stressants au cours de l'année précédant le suicide : conflit avec un parent, maladie d'un parent, difficulté légale d'un parent, abus physique et déménagement.

La recherche montre également que la violence, les abus sexuels et les abus physiques agissent aussi comme facteurs prédisposants, puisqu'ils augmentent le risque de suicide même lorsqu'ils se sont produits longtemps avant le décès. Dans une recension des écrits sur ce sujet, 10 des 11 études montraient que l'exposition à la violence familiale, la violence parentale à l'égard des jeunes et les abus sexuels étaient fréquents chez les jeunes suicidaires ou les différenciaient par rapport aux sujets non suicidaires (Spirito *et al.*, 1989).

Bien que les événements stressants soient clairement associés au suicide, soit comme facteurs précipitants ou comme facteurs prédisposants, d'autres facteurs semblent intervenir dans cette relation. Deux études montrent que l'effet indirect des conditions de l'environnement social ainsi que la présence de pathologies psychiatriques, pourraient avoir un effet médiateur entre ces événements et les comportements suicidaires (Marttunen *et al.*, 1992 ; Beautrais *et al.*, 1996). Marttunen *et al.* (1992) ont souligné le fait que les adolescents décédés par suicide et présentant un trouble de dépendance à l'alcool ou aux drogues avaient une histoire plus fréquente de violence parentale que les jeunes décédés par suicide qui présentaient d'autres troubles psychiatriques. Beautrais *et al.* (1996) mettent en évidence une relation entre les troubles psychiatriques et les expériences difficiles vécues au cours de l'enfance et constatent également une association étroite entre la violence parentale, l'abus physique et sexuel et les troubles psychiatriques, chez les sujets qui ont commis une tentative de suicide sévère.

Ces recherches mettent donc en évidence un effet synergique entre les difficultés de vie, les événements stressants, les comportements délinquants, les troubles sévères du comportement et la psychopathologie, en ce qui a trait au risque suicidaire. Le cumul fréquent de plusieurs de ces facteurs chez les jeunes délinquants pourrait expliquer en grande partie leur taux anormalement élevé de comportements suicidaires.

L'idéologie de la mélancolie

Suicide et mélancolie sont étroitement associés dans l'idéologie populaire : les médias contribuent fortement à maintenir cette association en présentant les suicidaires sous les traits de personnages troubles et mélancoliques, malheureux en amour ou aux prises avec des difficultés financières. Bien que la relation entre les troubles de l'humeur et le suicide soit fondée et démontrée par la recherche, cette idéologie populaire peut poser obstacle à la prévention du suicide chez les jeunes délinquants et chez les jeunes qui présentent des comportements perturbateurs, puisqu'en associant à bon escient dépression et suicide on risque aussi, et à tort, d'opposer suicide et délinquance, et ainsi de ne pas intervenir adéquatement afin de prévenir et détecter les comportements suicidaires de ces jeunes. Bien qu'aucune étude n'ait, à notre connaissance, examiné cette question, notre expérience des milieux d'intervention auprès des jeunes en difficulté nous indique que cette hypothèse est souvent fondée. Mandatés pour protéger la société, réhabiliter les jeunes contrevenants et contrôler les troubles de comportement, les intervenants qui ont la charge de ces jeunes sont susceptibles d'être moins sensibles au risque de suicide dans cette clientèle. En l'absence d'un effort réel pour sensibiliser et former ces intervenants à la problématique du suicide, l'organisation des milieux de travail mandatés pour intervenir auprès de ces jeunes pourrait se révéler peu propice au dépistage et au traitement des délinquants à risque de suicide.

Conclusion

Les recherches menées au Québec auprès des clientèles des Centres jeunesse montrent que les comportements suicidaires sont très fréquents chez les jeunes délinquants et chez les jeunes qui présentent des troubles sévères du comportement. Ainsi, ce sous-ensemble des clientèles des Centres jeunesse présente un taux de suicide complété qui est au moins 8,3 fois supérieur à celui des jeunes Québécois en général. L'examen des recherches sur le suicide des adolescents met de l'avant trois principales hypothèses explicatives des comportements suicidaires chez les jeunes délinquants.

La psychopathologie est fortement associée au suicide chez les adolescents. Bien que cette relation soit assez bien connue dans le cas de la dépression, les recherches récentes montrent en outre que le trouble

de conduite et le trouble de la personnalité antisociale, particulièrement lorsqu'ils sont associés à d'autres psychopathologies dont la dépendance ou l'abus de drogues et d'alcool, augmentent significativement le risque de suicide et de comportements suicidaires. Par ailleurs, ces troubles sont étroitement liés à des difficultés de vie qui viennent accroître la vulnérabilité de ces jeunes.

L'impulsivité et l'agressivité sont également associées au risque de suicide et de comportements suicidaires chez les jeunes. Ces deux facteurs semblent intervenir de façon particulièrement importante dans la relation entre le suicide et la délinquance, plus spécifiquement chez les jeunes qui sont peu capables de s'adapter aux événements stressants et aux difficultés de la vie.

Les événements stressants, récents ou lointains, augmentent également le risque de comportements suicidaires chez les jeunes. Une histoire personnelle marquée par les difficultés de vie, la violence, les abus et les dysfonctions familiales caractérise souvent les jeunes délinquants qui cumulent par ailleurs les événements stressants découlant à la fois de leurs propres comportements antisociaux et des réactions de la société qui cherche à s'en protéger.

Ces recherches montrent en outre que les causes du suicide sont multidéterminées. Il est donc fort possible qu'aucune des hypothèses examinées dans cet article ne suffise, en soi, à expliquer le phénomène du suicide chez les jeunes délinquants. Les relations de synergie qui s'établissent entre ces trois groupes de facteurs, auxquels s'ajoutent des éléments reliés aux interventions elles-mêmes, fournissent probablement une explication plus adéquate de la problématique. Des recherches futures seront nécessaires afin de vérifier ces hypothèses.

Références

- ALESSI, N. E., MCNAMUS, M., BRICKMAN, A. et GRAPENTINE, L. 1984. « Suicidal Behavior among Serious Juvenile Offenders » *American Journal of Psychiatry* 141 (2) : 286-287.
- AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. 1998. *Official Final Statistics*.
- APTER, A., GOTHELF, D., ORBACH, I., WEIZMAN, R., RAZTONI, G., HAREVEN, D. et TYANO, S. 1995. « Correlation of Suicidal and Violent Behavior in Different Diagnostic Categories in Hospitalized Adolescent Patients » *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 34 (7) : 912-918.

- BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P. R. et MULDER, R.T. 1996. « Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youth Aged 13 through 24 Years » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35 (9) : 1174-1182.
- BEAUTRAIS, A., JOYCE, P.R. et MULDER, R.T. 1999. « Personality Traits and Cognitive Styles as Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Young People » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29 (1) : 37-47.
- BRENT, D. A. 1995. « Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior : Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25 : 52-63.
- BRENT, D.A., JOHNSON, B.A., PERPER, J. A., CONNOLLY, J., BRIDGE, J., BARTLE, S. et RATHER, C. 1994. « Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33 (8) : 1080-1086.
- BRENT, D.A., KOLKO, D.J., WARTELLA, M.E., BOYLAN, M.B., MORITZ, G., BAUGHER, M. et ZELÉNACK, J.P. 1993. « Adolescent Psychiatric Inpatients' Risk of Suicide Attempt at 6 Month Follow-up » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 (1) : 95-105.
- BRENT, D. A., PERPER, J.A. et MORITZ, G. 1988. « The Psychological Autopsy : Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide » *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 27 : 362-366.
- BRENT, D.A., PERPER, J.A., MORITZ, G., ALLMAN, C., FRIEND, A., ROTH, C., SCHWEERS, J., BALACH, L. et BAUGHER, M. 1993. « Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide : A Case-control Study » *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 32 : 521-529.
- CHAGNON, F. 2000. *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et les comportements suicidaires chez des adolescents admis en Centres jeunesse*, thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- CÔTÉ, L., PRONOVOST, J. et ROSS, C. 1990. « Comportements et idéations suicidaires chez les adolescents » *Psychologie médicale* 22 (5) : 389-392.
- CURRAN, D. K. 1987. *Adolescent Suicidal Behavior*, Hemisphere Publishing Corporation.
- DESROSIERS, M., CODERRE, R., BASTIEN, M.F. et HAMEL, S. 1992. *Les tendances suicidaires chez une population adolescente à risque : étude comparative du réseau social, du réseau social et des stratégies de recherche d'aide chez des adolescents suicidaires et non suicidaires*, Département de Santé Communautaire de Lanaudière, Joliette.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 1996. *Surveillance de la mortalité au Québec*, BSQ.
- FARAND, L., CHAGNON, F. et RENAUD, J. (soumis). *Juvenile Justice and Social Services Utilization by Quebec Adolescent Suicide Victims*.
- GOULD, M. S., FISHER, P., PARIDES, M., FLORY, M. et SHAFFER, D. 1996. « Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide » *Archives of General Psychiatry* 53 : 1155-1162.

- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., FISHER, A.J., GOODMAN, S., CANINO, G. et SHAFFER, D. 1998. « Psychopathology Associated with Suicidal Ideation and Attempts among Children and Adolescents » *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 37 (9) : 915-922.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. 1997. *Projet de révision. Manuel de référence sur la Loi sur les jeunes contrevenants*, texte inédit.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 1998. *Manuel de référence sur la protection de la Jeunesse*, Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. 1998. *La Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux*, LRQ, chapitre S-42, Québec.
- GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L. et HALDORSEN, T. 1998. « Suicide among Children and Younger and Older Adolescents in Norway : A Comparative Study » *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry* 37 (5) : 473-481.
- GROSZ, D.E., LIPSCHITZ, D.S., ELGAR, S., FINKELSTEIN, G., BLACWOOD, N., GERBINO-ROSEN, G., FAEDDA, G.L. et PLUTCHIK, R. 1994. « Correlates of Violence Risk in Hospitalized Adolescents » *Comprehensive Psychiatry* 35 (4) : 296-300.
- HOBERMAN, H.M. et GARFINKEL, B.D. 1988. « Completed Suicide in Children and Adolescents » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 136 (9) : 689-695
- HORESH, N., GOTHELF, D., OFEK, H., WEIZMAN, T. et APTER, A. 1999. « Impulsivity as a Correlate of Suicidal Behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients » *Crisis* 20 (1) : 6-14.
- KASHDEN, J., FREMOUW, W. J., CALLAHAN, T. S. et FRANZEN, M. D. 1993. « Impulsivity in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents » *Journal of Abnormal Child Psychology* 21 (3) : 339-353.
- KEMPTON, T. et FOREHAND, R. 1992. « Suicide Attempts among Juvenile Delinquents : The Contribution of Mental Health Factors » *Behavior Research and Therapy* 30 (5) : 537-541.
- KHAN, A. U. 1987. « Heterogeneity of Suicidal Adolescents » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26 (1) : 92-96.
- LEWINSOHN, P., ROHDE, P. et SEELEY, J. 1994. « Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (2) : 297-305.
- MARTTUNEN, M.J., ARO, H.M., HENRIKSSON, M.M. et LÖNNQVIST, J.K. 1991. « Mental Disorders in Adolescent Suicide : DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicide Among 13 to 19 Years Olds in Finland » *Archives of General Psychiatry* 48 : 834-839.
- MARTTUNEN, M.J., ARO, H.M. et LÖNNQVIST, J.K. 1992. « Adolescent Suicide : Endpoint of Long-term difficulties » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31 (4) : 649-654.
- MENNINGER, K. 1938. *Man Against Himself*, New York : Harcourt Brace Jovanovich.

- MILLER, M. L., CHILES, J. A. et BARNES, V. E. 1982. « Suicide Attempts Within a Delinquent Population » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50 (4) : 491-498.
- MYERS, K., MCCAULEY, E., VALDERON, R. et TREDER R. 1991. « The 3-year Longitudinal Course of Suicidality and Predictive Factors for Subsequent Suicidality in Youths with Major Depressive Disorder » *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 30 (5) : 804-810.
- PFEFFER, C., LIPKINS, R., PLUTCHIK, R. et MIZRUCHI, M. 1988. « Normal Children at Risk for Suicidal Behavior : A Two-year Follow-up Study » *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* 27 : 34-41.
- PRONOVOST, J. et LECLERC, D. 1998. *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse : Rapport final*, Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- RENAUD, J., BRENT, D.A., BIRMAHER, B., CHIAPPETTA, L. et BRIDGE, J. 1999. « Suicide in Adolescents with Disruptive Disorders » *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38 (7) : 846-851.
- RUNESON, B.S., BESKOW, J. et WAERN, M. 1996. « The Suicidal Process in Suicides among Young People » *Acta Psychiatr Scand* 93 : 35-42.
- SAMSON, A. 1992. *Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation*, Montréal : Commission des centres pour les jeunes en difficulté d'adaptation.
- SHAFFER, D., GOULD, M.S., FISHER, P., TRAUTMAN, P., MOREAU, D., KLEINMAN, M. et FLORY, M. 1996. « Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide » *Arch Gen Psychiatry* 53 : 339-348.
- SPIRITO, A., BROWN, L., OVERHOLSER, J. et FRITZ, G. 1989. « Attempted Suicide in Adolescence : A Review and Critique of the Litterature » *Clinical Psychology Review* 9 : 335-363.
- STATISTIQUES CANADA. 1998. « Deaths, 1996 » *The Daily*, Mercredi, 16 avril.
- TOUSIGNANT, M., HAMEL, S. et BASTIEN, M.F. 1988. « Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire » *Santé mentale au Québec* 13 (2) : 79-93.
- WILSON, K. G., STELZER, J., BERGMAN, J. N., KRAL, M. J., INAYATULLAH, M. et ELLIOTT, C. A. 1995. « Problem Solving, Stress, and Coping in Adolescent Suicide Attempts » *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25 (2) : 241-252.