Document généré le 25 avr. 2024 02:00

Revue de psychoéducation

Étude du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants masculins : caractéristiques différentielles des adolescents les plus à risque
Study of suicide risk in young male offenders: Differential characteristics of adolescents most at risk

Catherine Laurier et François Chagnon

Volume 40, numéro 2, 2011

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1061845ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1061845ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)
2371-6053 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Laurier, C. & Chagnon, F. (2011). Étude du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants masculins : caractéristiques différentielles des adolescents les plus à risque. *Revue de psychoéducation*, *40*(2), 191–216. https://doi.org/10.7202/1061845ar

Résumé de l'article

Les jeunes contrevenants représentent une population particulièrement à risque de comportements suicidaires (tentatives et suicides complétés). La littérature à ce sujet révèle que plusieurs facteurs, telles la violence et l'instabilité familiale, sont associés tout autant au risque suicidaire qu'au risque de délinquance. En outre, certaines caractéristiques associées au mode de vie délinquant, tels le port d'armes et la consommation de substances, contribuent à amplifier le risque de passage à l'acte suicidaire. À l'inverse, la délinquance entraîne des conséquences pouvant exacerber le risque suicidaire : ruptures relationnelles ordonnées par le tribunal, incertitudes liées aux problèmes légaux et l'hébergement en centres pour jeunes contrevenants en constituent des exemples. Dans ce contexte, les résultats d'une étude portant sur le risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire sont présentés dans cet article. Cette étude de nature quantitative a inclus 49 jeunes contrevenants sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. Les analyses révèlent que 37,6 % des jeunes rencontrés présentent un risque suicidaire. Une analyse en grappes (cluster analysis) a ensuite permis la création de deux groupes de jeunes contrevenants : le premier comprend des adolescents (n=20) présentant de mulitples difficultés psychologiques (groupe multirisque) et le second (n=28) regroupe des adolescents qui en présentent moins (groupe faible risque). Ces groupes sont décrits en fonction de leurs caractéristiques associées, permettant l'ébauche d'une classification distinguant les jeunes contrevenants les plus à risque et les moins à risque de présenter des difficultés psychologiques, dont un risque suicidaire. Par l'étude des différences entre ces deux groupes, il est possible de dégager les facteurs les plus susceptibles d'influencer le risque suicidaire. Finalement, la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est observée plus spécifiquement selon les deux groupes précédemment créés. Les jeunes du groupe multirisque présentent significativement plus fréquemment un TSPT que les jeunes du groupe faible risque malgré une prévalence comparable des traumatismes vécus par les individus des deux groupes. En conclusion, cette étude a permis de dresser un portrait des adolescents les plus à risque de suicide parmi un groupe de jeunes contrevenants. Par la mise en lumière d'une problématique associée caractérisée par des difficultés psychologiques multiples et multifactorielles, cette étude souligne l'importance d'une prise en charge et d'un traitement global des jeunes contrevenants, incluant les aspects psychologiques et les expériences passées.

Tous droits réservés © La Corporation de la Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 2011

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Revue de psychoéducation
Volume 40, numéro 2, 2011, 191-216

Étude du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants masculins : caractéristiques différentielles des adolescents les plus à risque

Study of suicide risk in young male offenders: Differential characteristics of adolescents most at risk

C. Laurier[1]
F. Chagnon[2]

1. Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire; École de criminologie, Université de Montréal. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal.

2. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal; Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie; Chaire d'étude CJM-IU sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté.

Correspondance :
Catherine Laurier
Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire
1001 Boul. de Maisonneuve Est
7e étage, Montréal, (Québec)
H2L 4R5
Téléphone : 514 896-3471
Télécopieur : 514 896-3400
catherine.laurier@cjm-iu.qc.ca

Résumé

Les jeunes contrevenants représentent une population particulièrement à risque de comportements suicidaires (tentatives et suicides complétés). La littérature à ce sujet révèle que plusieurs facteurs, telles la violence et l'instabilité familiale, sont associés tout autant au risque suicidaire qu'au risque de délinquance. En outre, certaines caractéristiques associées au mode de vie délinquant, tels le port d'armes et la consommation de substances, contribuent à amplifier le risque de passage à l'acte suicidaire. À l'inverse, la délinquance entraîne des conséquences pouvant exacerber le risque suicidaire : ruptures relationnelles ordonnées par le tribunal, incertitudes liées aux problèmes légaux et l'hébergement en centres pour jeunes contrevenants en constituent des exemples. Dans ce contexte, les résultats d'une étude portant sur le risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire sont présentés dans cet article. Cette étude de nature quantitative a inclus 49 jeunes contrevenants sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents. Les analyses révèlent que 37,6% des jeunes rencontrés présentent un risque suicidaire. Une analyse en grappes (cluster analysis) a ensuite permis la création de deux groupes de jeunes contrevenants : le premier comprend des adolescents (n=20) présentant de mulitples difficultés psychologiques (groupe multirisque) et le second (n=28) regroupe des adolescents qui en présentent moins (groupe faible risque). Ces groupes sont décrits en fonction de leurs caractéristiques associées, permettant l'ébauche d'une classification distinguant les jeunes contrevenants les plus à risque et les moins à risque de présenter des difficultés psychologiques, dont un risque suicidaire. Par l'étude des différences entre ces deux groupes, il est possible de dégager les facteurs les plus susceptibles d'influencer le risque suicidaire. Finalement, la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est observée plus spécifiquement selon les deux groupes précédemment créés. Les jeunes du groupe multirisque présentent significativement plus fréquemment un TSPT que les jeunes du groupe faible

risque malgré une prévalence comparable des traumatismes vécus par les individus des deux groupes. En conclusion, cette étude a permis de dresser un portrait des adolescents les plus à risque de suicide parmi un groupe de jeunes contrevenants. Par la mise en lumière d'une problématique associée caractérisée par des difficultés psychologiques multiples et multifactorielles, cette étude souligne l'importance d'une prise en charge et d'un traitement global des jeunes contrevenants, incluant les aspects psychologiques et les expériences passées.

Mots-clés : comportements suicidaires, suicide, jeunes contrevenants, délinquance.

Abstract

Young offenders are at risk for suicide (completed suicides and attempts). Risk factors, such as violence and family instability, are linked both to suicide and delinquency. Moreover, other factors, such as carrying of weapon and substance abuse, are associated to delinquent lifestyle and could therefore increase the risk of suicide behaviours. In addition to these factors, the consequences of delinquency (e.g.: court-ordered break ups with friends, uncertainties concerning legal problems, living in centres for young offenders) can contribute to heighten the risk of suicide. In this context, results from a study on suicidal risk in young offenders who are taken in charge by Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) are discussed in this paper. This quantitative study includes 49 young offenders under the Youth Criminal Justice Act. From this sample, 37.6% showed a suicidal risk. We then ran a cluster analysis to distinguish two groups of young offenders: the first group comprises 20 adolescents with multiple psychological difficulties (multi-risks), the second group consists of 28 youths who present less difficulties (low risk). These two groups of juvenile offenders are described by their associated characteristics, leading to a preliminary classification of young offenders who are more and less at risk for psychological difficulties, including suicide. Finally, we study the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) with regards of the two groups created by the cluster analysis. Young offenders from the multi-risk group more frequently suffer from a PTSD than low risk youths, despite an equivalent prevalence of traumas. In conclusion, this study propose a description of young offenders the most at risk of suicide. From our results, we then propose recommendations for global interventions and treatment for young offenders, including psychological aspects and past experiences.

Key words: suicidal behaviours, suicide, young offenders, delinquency.

Introduction

Au Québec, le suicide est la seconde cause de mortalité chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, et la première cause chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans (St-Laurent & Gagné, 2008). Pour l'année 2008, les taux de mortalité par suicide étaient de 8,3/100000 pour les 15-19 ans et de 15,3/100000 pour les 20-34 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). Des études rapportent qu'entre 1,4 % et 3,7 % des adolescents québécois révèlent avoir tenté de s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois (Breton, Légaré, Laverdure, & D'Amours, 2002; St-Laurent & Bouchard, 2004). Ainsi, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes que les suicides complétés chez les adolescents (de 20 à 200 tentatives pour un suicide complété) (Esposito & Clum, 2002; Kempton & Forehand, 1992) et, dans une optique de prévention, elles méritent une attention particulière. Plusieurs études, pour la plupart réalisées aux États-Unis (Abram, Choe, Washburn, Teplin, King, & Dulcan, 2008; Battle, Battle, & Tolley, 1993; Brent, Bridge, Johnson, & Connolly,

1996; Brent & Bridge, 2007; Brent, Perper, Moritz, Allman, Friend, Roth, Schweers, Balach, & Baugher, 1993; Brent, Perper, Moritz, Liotus, Schweers, Balach, & Roth 1994; Hayes, 2005; Langhinrichsen-Rohling, Arata, Bowers, O'Brien, & Morgan, 2004; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta, & Bridge, 1999; Rohde, Mace, & Seeley, 1997; Rohde, Seeley, & Mace, 1997) et en Nouvelle-Zélande, (Beautrais, 2000, 2001, 2003; Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005) ont examiné les facteurs associés aux comportements suicidaires chez les adolescents. Tout comme c'est le cas pour les adultes, la psychopathologie représente le facteur le plus souvent associé aux idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicides complétés.

Au-delà des troubles intériorisés (dépression et anxiété), les troubles extériorisés (notamment les troubles du comportement, l'agressivité et la délinquance) occupent une place importante dans la compréhension des comportements suicidaires. Plus encore, les adolescents délinquants ou présentant des troubles de la conduite représentent une population particulièrement à risque de comportements suicidaires (Laurier, 2008). En effet, aux États-Unis, en 1989, le risque de suicide complété au sein de la population délinquante juvénile était estimé à 57/100000, soit un taux 4,6 fois supérieur à ce qui était observé dans la population générale (Memory, 1989).

Les études effectuées au Québec concernant les comportements suicidaires chez les adolescents délinquants sont rares[1], mais elles confirment les données retrouvées aux États-Unis, selon lesquelles les délinquants juvéniles présentent un risque accru tant de comportements suicidaires impliquant idéations, tentatives et auto-mutilations que de suicide complété.

L'étude de Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, réalisée au Québec en 2004 à partir de l'analyse des rapports du coroner après un suicide, a mis de l'avant que les adolescents qui ont été pris en charge par les centres jeunesse au Québec risquent quatre fois plus de se suicider que ceux qui n'y ont jamais été pris en charge. De ces jeunes, ceux qui sont pris en charge sous la Loi des jeunes contrevenants (LJC – loi en vigueur au moment de la recherche) ou hébergés selon la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) en raison de troubles de comportements sont encore plus vulnérables, le risque de se suicider étant alors 8,3 fois supérieur à celui des adolescents du Québec qui ne sont pas pris en charge selon ces lois (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004). Les résultats de l'étude de Farand *et al.* (2004) doivent cependant être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne concernent qu'un très petit nombre de jeunes s'étant suicidés au cours des années 1995-1996 (n = 177), dont seulement 57 avaient un dossier aux centres jeunesse

---

1. Il est cependant essentiel de garder à l'esprit que la notion même de délinquance est difficile à définir et à cerner. Dans certains cas, les études considèrent comme « délinquants » uniquement les jeunes qui ont commis un délit au sens de la loi alors que dans d'autres cas, il s'agit d'une délinquance auto-révélée par questionnaires. Dépendant des états et des provinces, la définition change aussi. De même, la délinquance n'est pas un trouble faisant partie du DSM-IV où l'on réfère plutôt à troubles des conduites. Dans ce texte, par rapport aux lois en vigueur au Québec, nous considérerons comme « délinquants » les adolescents pris actuellement en charge ou l'ayant été dans le passé selon la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents.

du Québec. Néanmoins, il est possible de constater que la prise en charge résultant des comportements délinquants pourrait constituer un facteur associé au risque suicidaire.

En ce qui concerne le risque suicidaire comprenant des idéations et des tentatives de suicide, il appert que les jeunes hébergés en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) ou des jeunes contrevenants (LSJPA ou LJC, selon l'année de l'étude) présentent un risque important. L'étude de Chagnon (2000), réalisée auprès de 210 adolescents admis au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, révèle que 35 % des participants rapportent au moins une tentative de suicide. Une autre recherche effectuée au Québec auprès de 435 jeunes hébergés dans les centres jeunesse arrive à des résultats similaires, 32 % des adolescents ayant déjà tenté de se suicider (Pronovost & Leclerc, 2002). Aux États-Unis, selon plusieurs études, de 16 % à 61 % des adolescents incarcérés révèlent avoir fait une tentative au cours de l'année précédant l'enquête (Alessi, McManus, Brickman, & Grapentine, 1984; Dembo, Williams, Wish, Berry, Getreu, Washburn, & Schmeidler 1990; Esposito & Clum, 2002; Howard, Lennings, & Copeland, 2003; Kempton & Forehand, 1992; Morris, Harrison, Knox, Tromanhauser, Marqui, & Watts & *et al.*, 1995); d'autre part, de 13,5 % à 52 % d'entre eux présenteraient des comportements ou idéations suicidaires au moment où ils sont rencontrés (Davis, Bean, Schumacher, & Stringer, 1991; Esposito & Clum, 2002; Morris *et al.*, 1995).

Malgré le risque élevé de suicide et de comportements suicidaires que présentent les jeunes délinquants, les facteurs de risque du suicide chez ces jeunes demeurent peu connus et ceux qui différencient les délinquants suicidaires des non-suicidaires le sont moins encore. Cette méconnaissance pose un obstacle important à la prévention du suicide chez ces jeunes. Aucune étude empirique n'a été réalisée à ce jour au Québec concernant l'association entre suicide et délinquance. Qui plus est, il importe de mieux connaître les facteurs de risque suicidaires spécifiques ou encore les indicateurs proximaux d'un risque suicidaire pour ce groupe d'adolescents vulnérables. En ce sens, l'étude dont il est question dans cet article vise à examiner le risque suicidaire chez des jeunes contrevenants ainsi que les facteurs y étant associés. Avant une description plus détaillée de la méthodologie adoptée, une brève recension des principaux facteurs associés au risque suicidaire sera présentée.

Facteurs associés au risque suicidaire

Une revue de littérature (Laurier, 2008) sur les facteurs de risque et de protection du suicide chez les jeunes contrevenants a pu mettre de l'avant que plusieurs facteurs contribuent tout autant au développement de la délinquance qu'au risque suicidaire. Il y est notamment souligné que l'impulsivité, l'agressivité et l'abus de substances sont des facteurs associés à ces deux problématiques (Apter, Gothelf, Orbach, Weizman, Ratzoni, Har-Even, & Tyano, 1995; Apter, Plutchik, & Van Praag, 1993; Battle, Battle, &Tolley, 1993; Brent & Bridge, 2007; Chagnon, Renaud, & Farand, 2001; Conner Meldrum, Wieczorek, Duberstein, & Welte, 2004; Daigle & Côté, 2006; DeMatteo & Marczyk, 2005b; Flouri & Buchanan, 2002; Goldstein, Olubadewo, Redding, & Lexcen, 2005; Kotila & Lönnqvist, 1988; Perkins & Hartless, 2002; Putnins, 2005; Zlotnick, Wolfsdorf, Johnson, &

Spirito, 2003). D'autres éléments peuvent aussi intervenir et contribuer à ce que délinquance et risque suicidaire concernent les mêmes individus. Ainsi en est-il de l'instabilité et de la violence familiale (Butler, Fearon, Atkinson, & Parker, 2007; Christoffersen, Soothill, & Francis, 2007; DeMatteo & Marczyk, 2005a; Flouri, 2005; Flouri & Buchanan, 2002; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). D'autre part, certaines caractéristiques propres à la délinquance constituent des facteurs de risque suicidaires (Brent & Bridge, 2007; Chagnon, Renaud, & Farand, 2001; Evans, Marte, Betts, & Silliman, 2001; King, Schwab-Stone, Flisher, Greenwald, Kramer, Goodman, Lahey, Shaffer, & Gould, 2001; Rohde, Seeley et Mace, 1997; Wasserman & McReynolds, 2006). Les bagarres, le port d'armes, la consommation excessive de drogues et d'alcool constituent un cocktail particulièrement explosif lorsqu'elles sont combinées à des idéations suicidaires. Dans le même ordre d'idées, les conséquences de la délinquance, soit les problèmes légaux et disciplinaires, de même que des difficultés relationnelles dont l'affiliation à des pairs déviants, représentent aussi des facteurs de risque spécifiques aux jeunes contrevenants (Beautrais, 2003; Chagnon, Houle, Marcoux, & Renaud, 2007; Fergusson Beautrais, & Horwood, 2003; Gallagher & Dobrin, 2006; Wasserman & McReynolds, 2006). Par ailleurs, les facteurs connus comme étant associés au risque suicidaire sont tout aussi importants à prendre en compte dans la population spécifique des jeunes contrevenants : les événements de vie difficiles et stressants tels que la prise en charge par les centres jeunesse, les abus sexuels et/ou physiques, les expériences traumatiques, la perte récente d'une relation affective, les sanctions disciplinaires ou judiciaires, l'absence d'emploi, le suicide d'un proche, les conflits familiaux (Battle *et al*., 1993; Chagnon *et al*., 2001; Chapman & Ford, 2008; Daigle & Côté, 2006; Farand *et al*., 2004; Flouri, 2005; Flouri & Buchanan, 2002; Howard *et al*., 2003; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Ryan & Testa, 2005). Concernant spécifiquement les éléments de la prise en charge pouvant exacerber le risque suicidaire, Pronovost et Leclerc (2002) ont étudié les principaux éléments déclencheurs des événements suicidaires des jeunes hébergés en centre jeunesse. Ainsi, près de la moitié des jeunes (42,2 % des filles et 49,6 % des garçons) ayant rapporté un ou plusieurs événements suicidaires mentionnent que ceux-ci ont été déclenchés par une situation liée à leur placement en centre jeunesse. La psychopathologie (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles d'abus de substances, troubles des conduites), seule ou en concomitance (Battle *et al*., 1993; Beautrais, 2000, 2003; Daigle &Côté, 2006; Esposito & Clum, 2002; Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington & Rutter, 2001; Howard *et al*., 2003; Hukkanen, Sourander, & Bergroth, 2003; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Renaud, Berlim, McGirr, Tousignant, & Turecki, 2008), les comportements suicidaires antérieurs, les traits de la personnalité associés à la délinquance (hostilité, impulsivité, irritabilité, recherche de nouveauté, témérité, comportements de prise de risque, comportements violents) (Battle *et al*., 1993; Beautrais, 2003; Chagnon *et al*., 2001; Connor & Rueter, 2006; Putnins, 2005; Roberts & Bender, 2006; Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, King, Van Heeringen, & Deboutte, 2003; Zlotnick *et al*., 2003), les traits de personnalité non spécifiques à la délinquance (introversion, traits de personnalité de type passif, dépendant, oral, hystérique et obsessionnel) (Beautrais, 2003), une faible estime de soi (Breton, Légaré, Laverdure, & D'Amours, 2002), le sentiment de responsabilité à l'égard des événements négatifs (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001), la présence de troubles de santé mentale et d'histoires de suicides dans la

famille (Beautrais, 2003; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Renaud *et al.*, 2008), l'abus de substances des parents (Brent & Bridge, 2007; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001), des parents impliqués dans la criminalité (Brent & Bridge, 2007), la violence familiale (DeMatteo & Marczyk, 2005; Flouri & Buchanan, 2002), un déménagement récent (Brent *et al.*, 1994) et le fait de vivre à la ville plutôt qu'à la campagne (Evans, Marte, Betts, & Silliman, 2001) représentent aussi des facteurs de risque importants et essentiels à considérer. Des facteurs de protection ont aussi été mis de l'avant : la capacité de s'adapter aux situations difficiles, de bonnes habiletés de résolution de problèmes et de conflits (Beautrais, 2003; Chagnon *et al.*, 2001; Pronovost, Leclerc et Dumont, 2003), un sentiment de maîtrise de son environnement (DeMatteo & Marczyck, 2005), une bonne estime de soi (Breton *et al.*, 2002; Pronovost *et al.*, 2003), la capacité de percevoir un même problème sous diverses perspectives, une pensée critique (DeMatteo & Marczyck, 2005) et le contrôle son impulsivité. De même, l'influence exercée par les parents peut être protectrice lorsqu'elle est caractérisée par des attentes parentales réalistes (Breton *et al.*, 2002) et des relations parent-enfant chaleureuses où les parents sont disponibles émotionnellement et engagés dans la vie de leur enfant (Battle *et al.*, 1993; Flouri et Buchanan, 2002). Nous invitons le lecteur à se référer à cet article (Laurier, 2008) ainsi qu'au tableau 1 résumant ces facteurs de risque et de protection en regard du suicide et de la délinquance.

Tableau 1. Facteurs de risque et de protection : suicide et délinquance

Facteurs associés	Risque suicide	Risque délinquance	Protection suicide	Protection délinquance
Événements stressants dans le passé	• Prise en charge par les centres jeunesse ou foster care • Abus sexuels et/ou physiques dans l'enfance • Accumulation de situations difficiles dans l'enfance	• Prise en charge par les centres jeunesse ou foster care • Abus sexuels et/ou physiques dans l'enfance • Séparation milieu familial • Accumulation de situations difficiles dans l'enfance		
Événements stressants vécus récemment	• Expériences traumatiques • Perte récente d'une relation • Sanctions disciplinaires ou judiciaires • Être sans emploi • Conflits familiaux • Avoir vécu le suicide d'un membre de la famille ou d'un proche	• Familles conflictuelles avec altercations		

Facteurs associés	Risque suicide	Risque délinquance	Protection suicide	Protection délinquance
Psychopathologie	• Troubles intériorisés; Troubles extériorisés • Troubles de l'humeur; Troubles anxieux • Troubles de la personnalité • Troubles d'abus de substance et/ou d'alcool • Troubles des conduites • Tentatives de suicide antérieures • Concomitance			
Traits de personnalité	• Hostilité; irritabilité; recherche de nouveauté; témérité et prise de risques • Comportements violents • Introversion; Déficits estime de soi • Traits de personnalité de type passif, dépendant, oral, hystérique, obsessionnel • Impulsivité • Manque de confiance dans ses habiletés de résolution de problèmes • Mauvaise gestion de la colère et de la tristesse • Blâme ou agressivité comme réponses aux événements difficiles	• Hostilité; irritabilité; recherche de nouveauté; témérité et prise de risques • Comportements violents • Tempérament difficile, négatif, anxieux, irritable, colérique, agressif • Impulsivité • Mauvais contrôle de soi • Utilisation de la violence et de l'agressivité dès le jeune âge	• Bonne estime de soi • Capacité de s'adapter aux situations difficiles (coping) • Présenter bonnes habiletés de résolution de problèmes (coping) • Contrôler son impulsivité (coping)	• Sentiment de maîtrise sur son environnement • Considérer les situations difficiles selon diverses perspectives • Contrôler sa colère • Pensée critique • Habiletés de résolution de problèmes de et conflits (coping)

Le risque suicidaire présenté par les adolescents suivis par les services destinés aux jeunes contrevenants pourrait être une indication que la prise en charge de l'adolescent délinquant, bien qu'elle soit nécessaire, puisse contribuer à amplifier le risque suicidaire. Par conséquent, considérant que les facteurs associés au risque suicidaire sont multifactoriels et peuvent de surcroît être potentialisés par la délinquance et la prise en charge des jeunes contrevenants, il importe de mener une étude portant spécialement sur cette population.

Objectifs

Cette étude comporte deux objectifs. Le premier vise à examiner, à l'aide de questionnaires auto-administrés et d'une entrevue clinique structurée, le risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) à la suite d'un délit. Le second objectif consiste à dresser un profil caractéristique des jeunes délinquants les plus à risque de suicide par l'étude des facteurs associés à ce risque. La création d'un profil concernant les jeunes contrevenants les plus à risque de suicide permettra aux intervenants de détecter plus facilement les jeunes les plus vulnérables afin de prévenir de futurs comportements suicidaires.

Méthode

Stratégie de recherche. Deux stratégies de recherches sont combinées dans cette étude quantitative. D'abord, sur le plan descriptif, des analyses univariées (*tests t et khi carrés*) permettent de distinguer les adolescents à risque de suicide au regard de variables associées. Puis, une analyse en grappes (*cluster analysis*) conduit à la classification des jeunes contrevenants selon deux groupes, en fonction des facteurs de risque et de protection qui les caractérisent.

Participants. Les participants rencontrés dans le cadre de cette étude ont été recrutés parmi les jeunes ayant fait l'objet d'un rapport prédécisionnel en vue d'une comparution au tribunal selon la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA)[2]. Ils faisaient tous l'objet d'une mesure judiciaire selon cette loi en raison d'un délit commis avant l'âge de 18 ans. Le recrutement, effectué entre juillet 2008 et mai 2009 au CJM-IU, a permis d'inclure un total de 49 adolescents de sexe masculin, âgés entre 14 et 19 ans[3] (moyenne, 16,6 ans). De ceux-ci, 39 faisaient l'objet d'une ordonnance d'hébergement en centre de réadaptation, alors que les dix autres étaient suivis en communauté. Trente adolescents sont originaires du Québec, quatre d'une autre province du Canada et 15 sont nés à l'extérieur du pays (principalement aux Antilles ou en Afrique du Nord).

---

2. Pour la période 2008-2009, ce sont 248 rapports prédécisionnels qui ont été achevés au CJM-IU (Rapport annuel 2008-2009 du CJM-IU). Il y a eu 196 placements et surveillances en milieu ouvert qui ont été ordonnés alors qu'il y en a eu 217 en milieu fermé (un même jeune peut avoir reçu plus d'une ordonnance dans cette période).

3. Certains jeunes âgés de 18 ans et plus font l'objet d'une ordonnance en vertu de la LSJPA puisque le délit pour lequel des mesures sont appliquées a été commis alors qu'ils étaient mineurs.

Instruments

Risque suicidaire. Afin de mesurer le risque suicidaire actuel, trois instruments ont été utilisés. Il s'agit de la sous-section « C » du *Mini International Neuropsychiatric Inventory* (M.I.N.I.) (Sheehan, Lecrubier, Sheehan, Amorim, Janavs, Weiller, Hergueta, Baker, & Dunbar, 1998) qui compte six questions portant sur les idées suicidaires au cours du dernier mois ainsi que sur les tentatives de suicide antérieures; cette échelle permet de dégager un risque suicidaire nul, léger, moyen ou élevé. De plus, nous avons administré l'*Échelle de probabilité du suicide (E.P.S.)* (Labelle, Daigle, Pronovost, & Marcotte, 1998) (*Suicide Probability Scale, S.P.S.*) (Cull & Gill, 1988) composée de 36 items cotés sur une échelle de type likert en quatre points. Les scores obtenus permettent d'évaluer le risque suicidaire comme étant faible ou élevé, ou encore sur une échelle continue. Pour cette échelle, dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha est de 0,80. Finalement, la section *Comment tu te sens?* de l'Enquête sociale de la santé auprès des enfants et des adolescents québécois (Santé Québec, 1999) a permis d'évaluer la présence d'idéations suicidaires au cours de la dernière année. À partir de ces trois outils, une variable unique a été créée, permettant la détection des adolescents les plus à risque. Ainsi, si un participant présentait un risque élevé au S.P.S., ou un risque moyen ou élevé au M.I.N.I., ou encore s'il mentionnait au questionnaire issu de l'Enquête Santé Québec avoir sérieusement pensé à se suicider au cours de la dernière année, il était inscrit dans la catégorie à risque de suicide. Ceux qui ne rencontraient aucun de ces critères ont été inscrits dans la catégorie non à risque. Ainsi, l'indice relatif au risque de suicide pour cette étude est dichotomique : les adolescents sont à risque ou non à risque.

Facteurs associés. Afin de mesurer les facteurs de risque et de protection associés au risque suicidaire, nous avons recueilli les réponses des participants à des questionnaires portant sur les principaux facteurs établis à ce jour par les différentes études consultées.

Psychopathologie. Le M.I.N.I. (Sheehan *et al.*, 1998) est un questionnaire semi-structuré permettant d'explorer de façon standardisée les troubles psychiatriques tels qu'ils sont définis par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Il permet de définir un profil de la psychopathologie des participants. Dans le cadre de cette étude, une seule évaluatrice a fait passer cet entretien aux adolescents. Les troubles psychiatriques actuels retenus sont : l'épisode dépressif majeur, la dysthymie, l'épisode maniaque, l'agoraphobie, le trouble panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif, l'anxiété généralisée, le trouble de stress post-traumatique, la boulimie, l'anorexie mentale, la dépendance à l'alcool, la dépendance aux drogues ainsi que l'épisode psychotique. Aux fins des analyses statistiques, le nombre total de diagnostics a été calculé et traité en tant que variable associée au risque suicidaire.

Association à un groupe de pairs déviants. Un indice de l'association des jeunes rencontrés à un groupe de pairs déviants a été obtenu par une question (inspirée de Lacourse *et al.*, 2006) concernant une possible affiliation à un groupe ou un gang au cours de la dernière année et de toute leur vie.

Événements de vie stressants. Une liste de 39 événements stressants a été présentée aux adolescents (*Life Events Questionnaire, LEQ*, Newcomb, Huba et Bentler, 1981). Ces derniers devaient d'abord évaluer, sur une échelle de type likert en cinq points, à quel point un tel événement les rendrait heureux ou malheureux. Puis, pour chacun de ces événements, les adolescents devaient indiquer s'ils les avaient vécus au cours de la dernière année et au cours de toute leur vie. Cet instrument de mesure auto-administré, traduit en français par Baron, Joubert et Mercier (1991), évalue les situations stressantes vécues par les adolescents. Les qualités psychométriques de la version française sont satisfaisantes et relativement semblables à celles de la version originale anglaise. Cet instrument permet de rendre compte du nombre d'événements stressants vécus au cours de la vie et récemment, ce qui peut avoir un impact majeur sur le risque suicidaire.

Mécanismes d'adaptation. L'échelle de coping pour adolescents (*Adolescent Coping Scale, ACS*) (Frydenberg & Lewis, 1993) consiste en un questionnaire auto-administré composé de 78 items mesurant 18 stratégies d'adaptation lors de situations stressantes. Ces 18 stratégies sont associées à trois stratégies de coping : productif, non productif et référence aux autres. Récemment validé en français auprès d'une population 492 adolescents québécois francophones, ce questionnaire a démontré de bonnes propriétés psychométriques, similaires à celles de la version originale anglaise (Leclerc, Pronovost & Dumont, 2009). Les coefficients alphas dans le cadre de la présente étude sont respectivement de 0,73, 0,87 et 0,69 pour les échelles de coping productif, non productif et référence aux autres.

Détresse psychologique. L'Indice de détresse psychologique est un questionnaire auto-administré de 14 items cotés sur une échelle de type likert en quatre points et utilisé dans les enquêtes de santé au Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1992). Il permet de mesurer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Dans le cadre de cette étude, l'Indice de détresse psychologique a démontré de très bonnes propriétés psychométriques avec des alphas de Cronbach de 0,89 pour la sous-échelle dépression, 0,81 pour celle d'anxiété, 0,69 pour l'irritabilité et 0,74 pour les problèmes cognitifs. Le score total obtient un alpha de Cronbach de 0,91. Cet indice permet d'obtenir une indication de la détresse psychologique, mesure associée à la psychopathologie et étroitement liée au risque suicidaire.

Agressivité. Le *Life History of Agression* (Brown *et al.*, 1979) comprend 11 questions auto-administrées évaluant l'agressivité verbale et physique exprimée envers autrui sur une échelle de type likert en quatre points. Cette échelle permet d'obtenir trois indices en plus d'un score total (alpha de 0,89) : histoire des agressions physiques (5 items, alpha de 0,82), histoire des comportements anti-sociaux (5 items, alpha de 0,77) et histoire des auto-agressions (un seul item). Dans le cadre de la présente étude, seul le score total a été utilisé aux fins d'analyse.

Impulsivité. L'échelle d'impulsivité de Barrat comporte 34 items cotés sur une échelle de type likert en quatre points. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré. Cette échelle permet l'obtention de trois sous-échelles et d'un score total : impulsivité motrice, impulsivité cognitive et difficulté de planification dans le

temps (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Une étude de la structure factorielle de sa version française suggère de bonnes propriétés psychométriques, permettant son utilisation auprès d'un échantillon francophone (Bayle *et al.*, 2000). Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,75 pour le score total dans cette étude. Les deux premières sous-échelles obtiennent des indices de fidélité acceptables (0,72 pour impulsivité motrice et 0,52 pour impulsivité cognitive), alors que la dernière obtient un alpha de Cronbach de 0,23. Compte tenu de ces résultats, seuls le score total, l'impulsivité motrice et l'impulsivité cognitive ont été utilisés comme variables dans les analyses statistiques.

Consommation de drogues et d'alcool. Afin de mesurer la consommation de substances, deux évaluations ont été utilisées. Les sous-sections « M » et « N » du M.I.N.I. (Sheehan *et al.*, 1998) ont d'abord permis d'évaluer la dépendance à l'alcool et aux drogues. Puis, la Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO) (Landry, Tremblay, Guyon, Bergeron & Brunelle, 2004) a été administrée, permettant d'attribuer une cote à la consommation de substances par les adolescents : feu vert (pas de problème), feu jaune (consommation à risque ou possiblement problématique) ou feu rouge (consommation problématique). Cette grille a été élaborée afin d'être utilisée rapidement et de permettre l'orientation des adolescents vers les services les plus adaptés à leur consommation.

Prescriptions de médicaments psychotropes. Plusieurs jeunes pris en charge par les centres jeunesse se voient prescrire des médicaments psychotropes (Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). Afin d'évaluer dans quelle mesure une prescription passée ou actuelle pourrait être associée au risque suicidaire, une question a été posée aux participants concernant leur consommation actuelle et passée de médicaments psychotropes prescrits.

Déroulement

Afin d'être éligibles à cette étude, les adolescents devaient avoir fait l'objet d'un rapport prédécisionnel complété et avoir été assignés à un délégué à l'application des mesures. Ces deux critères ont été retenus afin de s'assurer que les participants étaient engagés dans le processus d'application des mesures, impliquant donc que l'évaluation ainsi que la détermination de l'ordonnance étaient complétées, ceci afin de ne pas entraver ladite évaluation. Les participants ont d'abord été approchés par leur délégué à l'application des mesures pour évaluer leur désir de participer à la recherche. Un consentement parental a été obtenu pour les jeunes âgés de moins de 18 ans qui acceptaient de participer, alors que ceux ayant atteint la majorité fournissaient eux-mêmes leur consentement après que l'expérimentateur leur eut expliqué clairement la recherche. Les jeunes ont ensuite été rencontrés dans les locaux du centre jeunesse pour la passation des questionnaires, d'une durée d'une heure en moyenne. Une évaluatrice était présente lors de la passation et veillait à assurer une bonne compréhension des questions, en lisant les items à haute voix ou en répondant aux questions des participants. Un dédommagement de 20 $ était remis aux participants. Ce projet a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Résultats

Analyses univariées – adolescents à risque de suicide et non à risque. Des 49 adolescents rencontrés, 18 (37,6 %) présentent un risque de suicide selon l'indice créé à partir des trois mesures de risque suicidaire (M.I.N.I., S.P.S. et Enquête Santé Québec) tel que décrit dans la section « instruments ». Les analyses univariées (*tests t* et *khi-carrés*) ont permis de démontrer que les adolescents à risque de suicide diffèrent de ceux qui ne sont pas à risque en ce qui concerne le nombre de diagnostics, l'impulsivité motrice et cognitive, la détresse psychologique (dépression, anxiété, problèmes cognitifs), l'histoire d'agressivité, le coping non productif, le nombre d'événements stressants vécus à vie et dans la dernière année, l'histoire des prescriptions pharmacologiques et de psychostimulants et le fait qu'ils soient suivis en communauté ou hébergés en centre pour jeunes contrevenants. Par ailleurs, aucune différence significative n'apparaît en ce qui concerne le lieu de naissance, l'association présente ou passée à un gang de rue et la consommation de drogues et d'alcool des jeunes contrevenants à risque et non à risque. Les tableaux 2 et 3 illustrent le détail des différences entre les adolescents à risque de suicide et ceux qui ne le sont pas.

Tableau 2. Comparaisons des facteurs de risque entre les adolescents à risque suicidaire et les adolescents non à risque suicidaire - Variables continues (test t)

Variables	Risque suicidaire	Moyenne	Écart-type	dl	t
Nombre de diagnostics (M.I.N.I.)	Non à risque	1,45	1,59	47	-2,59*
	À risque	2,61	1,46	(38,16)	
Impulsivité motrice (BIS)	Non à risque	11,55	4,70	47	-2,69*
	À risque	15,28	4,66	(35,92)	
Impulsivité cognitive (BIS)	Non à risque	14,48	3,55	47	-2,21*
	À risque	17,17	4,38	(29,95)	
Impulsivité – score total (BIS)	Non à risque	42,77	9,37	47	-2,06*
	À risque	48,67	9,82	(34,29)	
Dépression (IDP)	Non à risque	3,29	3,29	47	-3,01**
	À risque	6,83	4,33	(28,49)	

Variables	Risque suicidaire	Moyenne	Écart-type	dl	t
Anxiété (IDP)	Non à risque	2,39	2,53	47	-4,13**
	À risque	6,83	4,33	(39,98)	
Colère / hostilité (IDP)	Non à risque	3,16	2,35	47	-0,93
	À risque	3,83	2,48	(34,15)	
Problèmes cognitifs (IDP)	Non à risque	0,94	1,29	47	-4,2**
	À risque	2,89	1,71	(28,31)	
Détresse psychologique – score total (IDP)	Non à risque	10,58	7,85	47	-3,68*
	À risque	20,22	9,37	(30,78)	
Histoire de l'agressivité – score total (LHA)	Non à risque	19,26	7,12	47	-2,45*
	À risque	23,94	6,02	(40,61)	
Coping productif (ACS)	Non à risque	66,87	10,21	47	-0,103
	À risque	67,22	12,14	(30,88)	
Coping non-productif (ACS)	Non à risque	80,74	19,73	47	-2,71*
	À risque	97,72	21,98	(32,58)	
Coping référence aux autres (ACS)	Non à risque	46,94	10,28	47	-0,8
	À risque	49,56	11,48	(32,52)	
Nombre d'événements stressants (à vie)	Non à risque	15,48	5,63	47	-2,22*
	À risque	18,94	5,03	(39,01)	
Nombre d'événements stressants (dernière année)	Non à risque	11,39	3,89	47	-3,29**
	À risque	14,89	3,41	(39,56)	
Score total DEP-ADO	Non à risque	11,32	5,12	35	-1,27
	À risque	13,27	4,2	(33,69)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tableau 3. Comparaison des facteurs de risque entre les adolescents à risque suicidaire et les adolescents non à risque suicidaire - Variables catégorielles (chi2)

Variables		% non à risque suicidaire	% à risque suicidaire	Khi-deux
Lieu de vie actuel	En communauté	30	70	5,98*
	Milieu résidentiel	71,8	28,2	
Lieu de naissance	Au Canada	61,8	38,2	0,11
	À l'extérieur du Canada	66,7	33,3	
A eu une prescription de psychostimulants (passée)	Oui	20	80	9,74**
	Non	73,7	26,3	
A été dans un gang de rue dans la dernière année	Oui	55,6	44,4	1,54
	Non	72,7	27,3	
A été dans un gang de rue (vie entière)	Oui	54,8	45,2	2,58
	Non	77,8	22,2	
Dépendance alcool (MINI)	Oui	41,7	58,3	3,19
	Non	70,3	29,7	
Dépendance drogue (MINI)	Oui	59,3	40,7	0,42
	Non	68,2	31,8	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analyse en grappes (cluster analysis). Nous avons effectué une analyse en grappes (cluster analysis) afin de regrouper les adolescents en deux groupes selon la présence ou non d'un risque suicidaire. Pour ce faire, nous avons sélectionné uniquement les variables statistiquement significatives aux analyses univariées décrites plus tôt. Il est à noter que nous n'avons pas inclus le lieu de résidence dans l'analyse en grappes, compte tenu de la répartition très inégale des adolescents selon cette variable (uniquement 10 adolescents suivis

en communauté). L'analyse en grappes a ainsi permis de distinguer deux groupes parmi les jeunes contrevenants rencontrés (tableau 3). Le premier groupe (GR1) comprend 20 adolescents présentant des difficultés psychologiques actuelles (groupe « multirisque »). Le second groupe (GR2) se compose de 28 jeunes contrevenants qui semblent moins affectés sur le plan psychologique (groupe « faible risque »). À titre indicatif, il est intéressant de noter que parmi les 28 adolescents du groupe faible risque, un seul a déjà tenté de se suicider (14,3 % de ce groupe), alors qu'ils sont six à avoir déjà tenté de s'enlever la vie dans le groupe multirisque (85,7 %), ce qui constitue une différence significative. Conformément à ce qui peut être attendu, les deux jeunes ayant tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois sont classés dans le groupe multirisque.

Les adolescents du groupe multirisque se distinguent en outre de ceux du groupe faible risque par une plus grande impulsivité motrice et cognitive (B.I.S.), plus de dépression, d'anxiété et de problèmes cognitifs (I.D.P.), une histoire d'agressivité plus lourde (L.H.A.), un plus grand nombre d'événements de vie stressants ainsi qu'une plus grande utilisation de coping non productif. De même, ces adolescents à risques multiples affichent en moyenne 2,75 diagnostics psychiatriques évalués par le M.I.N.I., alors que les autres ont une moyenne de 1,29 diagnostic. Quarante-cinq pour cent de ces adolescents plus à risque rapportent avoir déjà pris des psychostimulants dans le passé, alors qu'un seul du groupe à faible risque (3,6 %) en aurait fait usage. L'analyse montre également que 90 % des adolescents du groupe multirisque présentent un risque suicidaire, alors qu'en comparaison, aucun des adolescents du groupe à faible risque ne présente un tel risque.

À la suite de l'analyse en grappes, nous avons comparé les deux groupes d'adolescents selon les événements traumatiques[4] vécus et le développement du TSPT. Les analyses n'ont pas permis de démontrer une différence significative. Bien que 85 % des adolescents à risques multiples aient vécu au moins un événement traumatique comparativement à 78,6 % des adolescents à faible risque, la différence n'est pas significative au point de vue statistique (khi-2). Néanmoins, les adolescents du groupe multirisque présentent significativement plus de troubles de stress post-traumatique (TSPT), soit 35 %, que les adolescents à faible risque, soit 10,7 % (khi-2 = -4,172; p = 0,04). Ainsi, alors que 13,6 % des adolescents à

---

4. Dans le cadre de cette étude, la question filtre du MINI pour la section trouble de stress post-traumatique a été utilisée. La formulation (adaptée pour les participants adolescents dans le cadre de cette étude) est la suivante : « Au cours de toute ta vie, as-tu déjà vécu ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou toi-même ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessés ou ont été atteintes dans leur intégrité physique? ». Dans cette étude, n'est considérée que la présence ou non d'un ou de plusieurs événement(s) traumatique(s).

   Concernant la nature des traumatismes, ils sont pour la plupart liés à la délinquance et au contexte de violence (avoir été témoin d'un meurtre, victime d'une grave agression physique, etc.) dans lequel évoluent les jeunes contrevenants. Le MINI ne permet pas de documenter de faire des analyses plus approfondies concernant la nature des traumatismes vécus.

Tableau 4. Comparaison des adolescents à risques multiples et à faible risque selon les variables utilisées pour la classification dans les deux groupes

	Groupe 1 – multirisque Moyenne (écart-type) N = 20	**Groupe 2 – faible risque Moyenne (écart-type) N = 28**	**dl**	**t ou χ^2**
Impulsivité motrice (BIS)	14,85 (4,65)	11,61 (4,92)	42,5 (46)	2,32*
Impulsivité cognitive (BIS)	17,05 (4,27)	14,36 (3,62)	36,7 (46)	2,29*
Dépression (IDP)	6,5 (4,3)	3,32 (3,39)	34,8 (46)	2,75**
Anxiété (IDP)	4,95 (2,28)	2,46 (2,59)	43,9 (46)	3,52**
Problèmes cognitifs (IDP)	3 (1,78)	0,75 (0,89)	46	5,78**
Histoire de l'agressivité (LHA)	24,15 (5,96)	18,5 (6,95)	44,4 (46)	3,02**
Coping non productif (ACS)	96,25 (22,25)	80,43 (20,04)	38,3 (46)	2,53*
Nombre d'événements de vie stressants	19,15 (4,82)	15,25 (5,67)	44,5 (46)	2,57**
Nombre de diagnostics (MINI)	2,75 (1,74)	1,29 (1,27)	32,9 (46)	3,2**
A pris des psychostimulants dans le passé	71%	10%	1	12,1**
Risque suicidaire	**93%**	**0%**	**1**	**40,32****

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

faible risque ayant vécu un traumatisme présentent un TSPT au moment de la rencontre (3/22), ils sont 41,2 % des adolescents du groupe multirisque ayant vécu un traumatisme à présenter un TSPT (7/17). Ce dernier résultat appuie d'autant plus la classification des adolescents rencontrés selon les deux groupes et confirme la plus grande vulnérabilité des adolescents du groupe multirisque à développer des troubles psychologiques.

Discussion

Cette recherche a d'abord permis d'évaluer le risque suicidaire dans un échantillon de 49 jeunes contrevenants de la région de Montréal. Les analyses ont permis de démontrer que 18 adolescents (37,6 %) présentaient un risque au moment où ils ont été rencontrés. Cette proportion d'adolescents à risque est importante, indiquant que plus du tiers des adolescents sont vulnérables en ce qui concerne le suicide. Or, il a été frappant de constater que, dans la plupart des cas, ces adolescents vulnérables ne sont cependant pas considérés à risque par les éducateurs agissant auprès d'eux; rappelons qu'ils sont pris en charge en raison de délits commis avant l'âge de 18 ans.

Les analyses statistiques subséquentes ont établi les facteurs les plus associés à un risque de suicide chez les jeunes contrevenants. Ainsi, au sein de cet échantillon, les adolescents qui présentent un risque de suicide affichent une problématique plus lourde, se traduisant notamment par un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques tels qu'ils ont été évalués à l'aide du M.I.N.I. De plus, leur situation diffère sur le plan de la détresse psychologique, évaluée par l'I.D.P. Les adolescents affichant un risque suicidaire se révèlent plus déprimés, anxieux et souffrent davantage de problèmes cognitifs que ceux qui ne sont pas à risque. Ainsi, il est possible de constater que la détresse psychologique, qu'elle soit perçue par l'adolescent lui-même (I.D.P.) ou évaluée de façon standardisée par un tiers (M.I.N.I.), demeure plus importante chez les adolescents qui sont à risque de suicide. En outre, les adolescents à risque de suicide sont plus nombreux à rapporter avoir déjà reçu une prescription de médicament (pour un problème de santé physique ou psychologique) et aussi plus nombreux à indiquer avoir déjà reçu une prescription de psychostimulant. Cette information est intéressante, puisqu'elle indique que des problèmes ont déjà été détectés dans le passé de ces adolescents et qu'une action avait alors été entreprise pour y remédier (ex. : une prescription de psychostimulants pourrait indiquer que l'adolescent a déjà reçu un diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – TDAH).

D'autres facteurs associés au risque suicidaire sont des indices importants pour la l'intervention, notamment l'impulsivité et le coping non productif retrouvés chez les jeunes contrevenants à risque de suicide. En effet, les jeunes les plus à risque de suicide utilisent davantage un coping de type non productif que ceux qui ne sont pas à risque, traduisant certains déficits dans les habiletés de résolution de problèmes, ce qui rejoint les constatations de Pronovost *et al.* (2003) dans leur étude sur les facteurs de protection liés au risque suicidaire chez les adolescents. Les stratégies de coping en réponse à une situation difficile ou stressante faisant partie de la catégorie « non productif » sont les suivantes : s'inquiéter, se soucier de ses liens d'appartenance, adopter une pensée magique, ne rien faire, avoir des malaises physiques, ignorer le problème, faire baisser la tension, garder ses problèmes pour soi, se blâmer ou s'accuser pour ce qui arrive. Ainsi, ces adolescents démontrent des habiletés peu adaptées lorsqu'il s'agit de faire face aux situations difficiles et aux stress auxquels ils sont confrontés. Ces résultats appuient l'importance de l'apprentissage de stratégies d'adaptation adéquates pour la réhabilitation des jeunes contrevenants et la prévention du suicide.

Les adolescents qui sont à risque de suicide affichent une impulsivité tant motrice que cognitive plus élevée que les adolescents n'étant pas à risque de suicide. Puisque l'impulsivité est un facteur qui pourrait entraîner les jeunes à poser des gestes suicidaires rapidement suite à une idéation, elle amplifie le risque. Il s'agit d'un résultat d'importance, qui suggère de porter une attention particulière aux jeunes contrevenants impulsifs déprimés et/ou qui démontrent des idéations suicidaires, ceux-ci étant plus susceptibles de passer rapidement aux actes.

Conformément à ce qui était attendu, les jeunes contrevenants les plus à risque de suicide sont ceux qui ont vécu le plus d'événements stressants dans leur vie, qu'il s'agisse d'événements récents (au cours de la dernière année) ou plus anciens. Les recherches ont clairement démontré que les stress augmentaient de façon considérable la probabilité de présenter un risque suicidaire accru, que ce soit en raison de l'anxiété ou du désespoir qui peuvent être générés par ces événements. De plus, les adolescents à risque de suicide sont ceux qui ont obtenu les scores les plus élevés concernant l'historique des comportements agressifs. Ce résultat illustre que, même parmi des jeunes qui présentent tous une problématique délinquante (il s'agit dans tous les cas d'adolescents ayant reçu une ordonnance du tribunal en raison d'un délit commis), ceux qui sont les plus agressifs sont aussi les plus à risque de suicide. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans l'étude de Zlotnick *et al.* (2003). Alors que l'association entre auto-agressivité et hétéro-agressivité a été bien documentée dans d'autres populations, il est intéressant de l'observer dans le contexte de cette étude. Les intervenants devront donc porter une attention particulière et faire preuve de vigilance concernant les jeunes contrevenants les plus agressifs qui seraient les plus à risque de présenter un risque suicidaire.

Un résultat contraire à ce qui est rapporté dans la littérature apparaît en ce qui concerne le lieu de résidence des adolescents les plus à risque de suicide. Dans cette étude, les adolescents suivis en communauté présentaient un risque suicidaire plus grand que ceux hébergés dans les établissements pour jeunes contrevenants. Ce résultat est à première vue surprenant. Nous nous serions attendus à retrouver un risque suicidaire plus élevé chez les jeunes des programmes résidentiels puisque leur problématique délinquante est par définition plus lourde, un suivi à l'externe étant impossible. Il est par ailleurs possible que ce résultat traduise une conséquence positive d'une meilleure surveillance en hébergement. En effet, les jeunes des programmes résidentiels sont sous surveillance en tout temps; la restriction de liberté qu'ils subissent comprend aussi le contrôle des biens dont ils disposent, dont les moyens de suicide potentiels. De plus, les jeunes contrevenants suivis en communauté doivent apprendre à se responsabiliser en dehors des murs de l'institution, ce qui peut être déstabilisant et créer une détresse psychologique susceptible de les rendre plus à risque d'avoir des comportements suicidaires. En effet, ces jeunes suivis en communauté peuvent ressentir de l'anxiété face à leurs nouvelles responsabilités (devoir se rapporter, ne pas fréquenter des anciens amis liés à leurs activités délinquantes, etc.), combinée à un sentiment d'isolement. Le retour au domicile familial peut en outre se traduire par le retour dans un milieu conflictuel, peu soutenant et peu encadrant, ajoutant à la détresse vécue par ces jeunes, en plus de constituer un facteur de risque pour le suicide. De plus, ces jeunes entretiennent des liens moins étroits et moins continus

avec les intervenants comparativement aux jeunes des programmes résidentiels. Ce résultat est particulièrement important pour les intervenants œuvrant auprès de jeunes suivis en communauté; il faudrait bien entendu favoriser au départ un encadrement étroit, mais aussi une vigilance quant à la détresse pouvant être vécue en lien avec les exigences suscitées par cette nouvelle « liberté ». Une difficulté supplémentaire quant à l'exercice de la vigilance au regard de la détresse auprès de jeunes contrevenants réside dans leur réticence à se confier et à révéler leurs difficultés psychologiques. Alors que le suivi en communauté représente une plus grande liberté par rapport à l'hébergement sous garde, ces jeunes peuvent ne pas souhaiter que leurs intervenants soient au fait de leur détresse, redoutant la perte d'une nouvelle indépendance.

Finalement, l'analyse en grappes a permis de dégager deux groupes parmi les 49 jeunes contrevenants rencontrés : 20 font partie du premier groupe (multirisque) et 28 font partie du second groupe (faible risque). Ces deux groupes se distinguent quant à la lourdeur de leur problématique et à la présence d'un risque suicidaire chez les jeunes du groupe multirisque. Rappelons que 93 % des jeunes du groupe multirisque affichent un risque suicidaire.

Cette dernière classification permet de reconnaître des variables associées au risque suicidaire dans une population de jeunes contrevenants et contribue à l'ébauche d'une catégorisation différentielle du risque suicidaire chez ces jeunes (présentée à la figure 1). Alors que ces deux groupes sont constitués de délinquants que l'on pourrait croire tout aussi susceptibles d'être à risque compte tenu des facteurs associés à la délinquance et contribuant aussi au risque suicidaire, cette classification permet de repérer les jeunes les plus à risque.

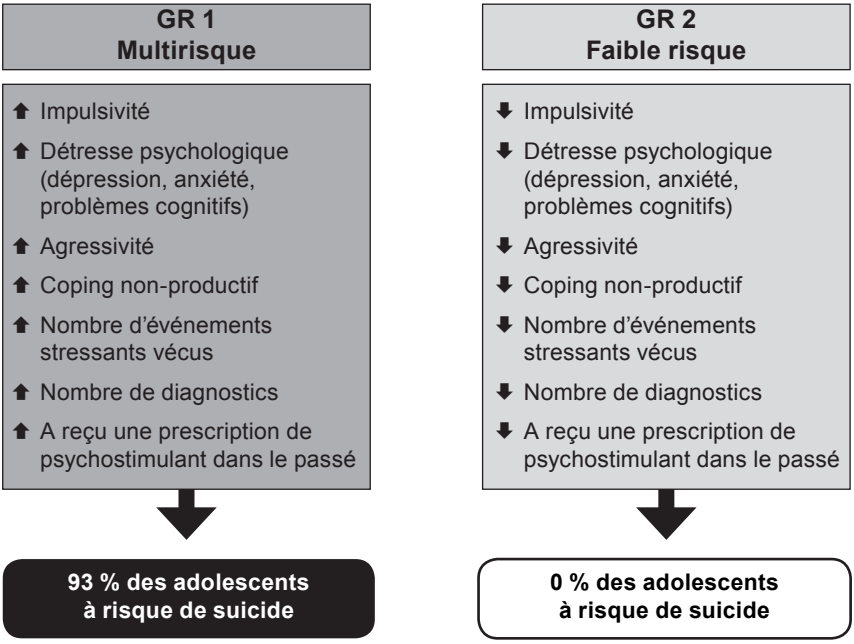

Figure 1. Caractéristiques différentielles du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants de sexe masculin

Une analyse de comparaison de moyenne (test t) a révélé que les jeunes contrevenants du groupe multirisque affichaient de façon significativement plus fréquente un diagnostic de TSPT alors que leur exposition à un événement traumatique ne différait pas de façon significative du groupe à faible risque. Ce résultat est d'une grande importance, puisqu'il démontre comment les jeunes contrevenants du groupe multirisque pourraient être plus vulnérables que ceux du groupe à faible risque. Lorsque confrontés à une difficulté, ces jeunes, déjà vulnérables, seraient ainsi moins en mesure d'y faire face de façon adaptée, tout comme le démontre leur plus grande utilisation d'un coping non productif. Ces déficits sur le plan de leur fonctionnement pourraient être expliqués en partie par les adversités vécues par ces jeunes, tant dans le passé lointain que récent. Afin d'explorer plus en détail le développement et le fonctionnement psychique des jeunes contrevenants à risque de suicide, une étude utilisant une méthodologie qualitative pourrait s'avérer très utile.

Avant de conclure, il est important de souligner que cette étude comporte des limites quant à sa généralisation, car elle n'a inclus que 49 jeunes contrevenants provenant tous de la région montréalaise. En outre, il ne s'agit que de jeunes de sexe masculin, limitant la portée des résultats. Les problématiques liées au risque suicidaire chez les jeunes contrevenantes sont probablement différentes et une étude s'intéressant à cette question chez cette population serait nécessaire pour les découvrir. Il serait aussi important de répliquer ces résultats avec une population plus étendue de jeunes contrevenants masculins avant de conclure avec certitude que ces résultats s'appliquent à l'ensemble des jeunes contrevenants. En outre, un plus grand nombre de participants rendrait possible l'étude de ce qui distingue, en terme de fonctionnement et de ressources personnelles et psychologiques, les adolescents à risque suicidaire ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de ceux qui sont à risque, mais qui ne sont jamais passés à l'acte. De même, il importe de garder à l'esprit que les données obtenues dans cette étude l'ont été à l'aide de questionnaires auto-administrés, induisant un possible biais quant à la véracité des réponses, que ce soit en raison d'une réelle volonté de cacher ou de modifier les informations, ou encore par incompréhension de certaines questions par les adolescents. Néanmoins, il s'agit à notre connaissance de la première étude empirique s'étant intéressée aux facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents pris en charge sous le système de justice pénale pour adolescents. Les résultats mis au jour par cette recherche suggèrent que les adolescents à risque suicidaire présentent des difficultés psychologiques multiples et sont moins bien outillés pour y faire face. Ce constat encourage la conceptualisation du risque suicidaire dans cette population comme le « point saillant » de risques qui sont par ailleurs étendus à d'autres dimensions psychologiques.

Conclusion

L'étude réalisée a permis de dresser le portrait des adolescents les plus à risque parmi un groupe de jeunes contrevenants. Plus du tiers des jeunes contrevenants pouvaient être considérés à risque de suicide au moment où ils ont été rencontrés. Cet article a présenté des facteurs associés à un risque suicidaire accru chez des délinquants juvéniles pris en charge par les centres jeunesse et a permis de constituer deux groupes : « multirisque » et « faible risque ». Les

adolescents les plus à risque de suicide présentent un profil plus lourd dans divers domaines : impulsivité, agressivité, psychopathologie et détresse psychologique, coping non productif, événements de vie stressants. La prise en compte des facteurs associés permettrait une meilleure détection du risque suicidaire chez les jeunes contrevenants pour qui la mobilisation des ressources se fait en général à l'égard des troubles extériorisés et de la réhabilitation quant aux conduites délinquantes. Par la mise en lumière d'une problématique associée caractérisée par des risques multiples, cette étude souligne l'importance d'une prise en charge et d'un traitement global des jeunes contrevenants, incluant les aspects psychologiques et les expériences passées.

Des études supplémentaires seraient nécessaires afin d'explorer plus précisément les différences existant entre les jeunes contrevenants suivis en communauté et ceux hébergés sous garde. Avec un plus grand échantillon, il serait possible d'évaluer si le risque suicidaire diffère réellement entre ces deux groupes ou s'il ne s'agit que d'une caractéristique propre à cet échantillon. De même, il serait fort intéressant de pouvoir mener des études portant spécifiquement sur la nature des traumatismes et des événements de vie stressants en lien avec leur influence sur le risque suicidaire des jeunes contrevenants, notamment pour évaluer plus en détail les facteurs de protection, tel le coping, et la façon dont ils permettent une meilleure adaptation face à des événements difficiles. De plus, des études auprès de jeunes contrevenantes seraient nécessaires afin d'évaluer comment leur situation est similaire ou différente de celle des contrevenants masculins.

Dans le domaine de l'intervention, il sera utile de repérer certains indices qui permettront une détection des jeunes contrevenants qui pourraient être à risque suicidaire. Ainsi, un jeune qui aurait reçu dans le passé une prescription de psychostimulant, vécu nombre d'événements stressants et reçu plus de deux diagnostics psychiatriques, en plus de présenter une lourde histoire d'agressivité, de l'impulsivité et de la détresse psychologique (dépression, anxiété et problèmes cognitifs) serait susceptible de présenter un risque suicidaire.

Références

Abram, K.M., Choe, J.Y., Washburn, J.J., Teplin, L.A., King, D.C., & Dulcan, M.K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47* (3), 291-300.

Alessi, N. E., McManus, M., Brickman, A., & Grapentine, L. (1984). Suicidal behavior among serious juvenile offenders. *American Journal of Psychiatry, 141* (2), 286-287.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40* (7 (suppl)), 24S-51S.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Apter, A., Gothelf, D., Orbach, I., Weizman, R., Ratzoni, G., Har-Even, D., & Tyano, S. (1995). Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent

patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34* (7), 912-918.

Apter, A., Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87* (1), 1-5.

Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. *Revue Européenne de Psychologie Appliquées, 41* (3), 173-179.

Battle, A. O., Battle, M. V., & Tolley, E. A. (1993). Potential for suicide and aggression in delinquents at Juvenile Court in a southern city. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23* (3), 230-244.

Bayles, F.J., Bourdel, M.C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J.-M., Ades, J., & Loo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Canadian Journal of Psychiatry, 45* (2), 156-166.

Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 3*4 (3), 420-436.

Beautrais, A. L. (2001). Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35* (5), 647-653.

Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist. Special Issue: Suicide in Youth, 46* (9), 1137-1156.

Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry, 53* (12), 1145-1152.

Brent, D. A., & Bridge, J. A. (2007). Delinquent accounts: Does delinquency account for suicidal behavior? *Journal of Adolescent Health, 40* (3), 204-205.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schweers, J., Balach, L. & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32* (3), 521-529.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89* (1), 52-58.

Breton, J. J., Légaré, G., Laverdure, J., & D'Amours, Y. (2002). *Santé mentale*: Gouvernement du Québec.

Brown, G.L., Goodwin, F.K., Ballenger, J.C., Goyer, P.F., & Major, L.F. (1979). Aggression in humans: correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Research, 1*, 131-139.

Butler, S., Fearon, P., Atkinson, L., & Parker, K. (2007). Testing an interactive model of symptom severity in conduct disordered youth: Family relationships, antisocial cognitions, and social-contextual risk. *Criminal Justice and Behavior, 34* (6), 721-738.

Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les adolescents admis en centres de réadaptation.* Université du Québec à Montréal, Montréal.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (2), 135-144.

Chagnon, F., Renaud, J., & Farand, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile: phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique? *Criminologie, 34* (2), 85-102.

Chapman, J., F., & Ford, J., D. (2008). Relationships between suicide risk, traumatic experiences, and substance use among juvenile detainees. *Archives of Suicide Research, 12*, 50-61.

Christoffersen, M. N., Soothill, K., & Francis, B. (2007). Violent life events and social disadvantage: A systematic study of the social background of various kinds of lethal violence, other violent crime, suicide, and suicide attempts. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 8*(2), 157-184.

Conner, K. R., Meldrum, S., Wieczorek, W. F., Duberstein, P. R., & Welte, J. W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20-year-old males. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34* (4), 363-373.

Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology, 20* (1), 143-155.

Cull, J. & Gill, W. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS) manual,* Los Angeles: Western Psychological Services.

Daigle, M. S., & Côté, G. (2006). Non-fatal suicide-related behavior among inmates: Testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(6), 670-681.

Davis, D. L., Bean, G. J., Schumacher, J. E., & Stringer, T. L. (1991). Prevalence of emotional disorders in a juvenile justice institutional population. *American Journal of Forensic Psychology, 9* (1), 5-17.

DeMatteo, D., & Marczyk, G. (2005). Risk factors, protective factors, and the prevention of antisocial behavior among juveniles. In K. Heilbrun, N. E. S. Goldstein & R. E. Redding (Eds.), Juvenile delinquency: *Prevention, assessment, and intervention* (Vol. xiv, pp. 19-44). New York: Oxford University Press.

Dembo, R., Williams, L., Wish, E. D., Berry, E., Getreu, A., Washburn, M., & Schmeidler, J. (1990). Examination of the relationships among drug use, emotional/psychological problems, and crime among youths entering a juvenile detention center. *The International Journal of Addictions, 25* (11), 1301-1340.

Santé Québec. (2002). *Enquête sociale de la santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 : Questionnaires aux adolescentes et adolescents*, Montréal : Santé Québec, 44 p.

Esposito, C. L., & Clum, G. A. (2002). Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41* (1), 44-51.

Evans, W. P., Marte, R. M., Betts, S., & Silliman, B. (2001). Adolescent suicide risk and peer-related violent behaviors and victimization. *Journal of Interpersonal Violence, 16* (12), 1330-1348.

Farand, L., Chagnon, F., Renaud, J., & Rivard, M. (2004). Completed suicides among quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34* (1), 24-35.

Fergusson, D. M., Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine, 33* (1), 61-73.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine, 35* (7), 983-993.

Flouri, E. (2005). Psychological and sociological aspects of parenting and their relation to suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 9* (4), 373-383.

Flouri, E., & Buchanan, A. (2002). The protective role of parental involvement in adolescent suicide. Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 2*3 (1), 17-22.

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 2. Suicidality, criminality and social

dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry, 179* (3), 218-223.

Frydenberg, E,. & Lewis, R. (1993). *The Adolescent Coping Scale*. Melbourne: Australian Council for Education Research.

Gallagher, C. A., & Dobrin, A. (2006). Deaths in juvenile justice residential facilities. *Journal of Adolescent Health, 38* (6), 662-668.

Gagné, M., & St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes. 1981 à 2008*. Institut national de santé publique du Québec.

Goldstein, N. E. S., Olubadewo, O., Redding, R. E., & Lexcen, F. J. (2005). Mental health disorders: The neglected risk factor in juvenile delinquency. *Heilbrun, Kirk*.

Hayes, L. M. (2005). Juvenile suicide in confinement in the United States: Results from a national survey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26* (3), 146-148.

Howard, J., Lennings, C. J., & Copeland, J. (2003). Suicidal behavior in a young offender population. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 24* (3), 98-104.

Hukkanen, R., Sourander, A., & Bergroth, L. (2003). Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry, 57* (2), 131-137.

Kempton, T., & Forehand, R. L. (1992). Suicide attempts among juvenile delinquents: The contribution of mental health factors. *Behaviour Research and Therapy, 30* (5), 537-541.

King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B.B., Shaffer, D., & Gould, M.S. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40* (7), 837-846.

Kotila, L., & Lönnqvist, J. (1988). Adolescent suicide attempts: Sex differences predicting suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, 77 (3), 264-270.

Labelle, R., Daigle, M., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du «Suicide Probability Scale» auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et Psychométrie, 19*, 5-26.

Lacourse, E., Nagin, D.S., Vitaro, F., Côté, S., Arseneault, L., & Tremblay, R.E. (2006). Prediction of early-onset deviant peer group affiliation: A 12-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 63* (5), 562-568.

Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centres jeunesse. *Revue de psychoéducation et d'orientation, 34*(1), 157-176.

Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société, 3* (1), 19-37.

Langhinrichsen-Rohling, J., Arata, C., Bowers, D., O'Brien, N., & Morgan, A. (2004). Suicidal behavior, negative affect, gender, and self-reported delinquency in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34* (3), 255-266.

Laurier, C. (2008). Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants. *Frontières, 21* (1), 32-43.

Leclerc, D., Pronovost, J., & Dumont, M. (2009). Échelle de coping pour adolescent : validation canadienne-française de l'*Adolescent Coping Scale* de Frydenberg et Lewis (1993). *Revue québécoise de psychologie, 30* (1), 177-196.

Memory, J. M. (1989). Juvenile suicides in secure detention facilities: Correction of published rates. *Death Studies, 13* (5), 455-463.

Morris, R. E., Harrison, E. A., Knox, G. W., Tromanhauser, E., Marqui, D.K., & Watts, L.L. (1995). Health risk behavioral survey from 39 juvenile correctional facilities in the United States. *Journal of Adolescent Health, 17* (6), 334-344.

Newcomb, M.D., Huba, G.J., & Bentler, P.M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22,* 400-415.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist. Special Issue: Children and their development: Knowledge base, research agenda, and social policy application, 44* (2), 329-335.

Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barrat, E.S. (1995). Factor structure of the Barrat Impulsiveness Scale. J*ournal of Clinical Psychology, 51*, 768–774.

Perkins, D. F., & Hartless, G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents. *Journal of Adolescent Research, 17* (1), 3-26.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec 87, in *Les cahiers de la recherche, 7*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Pronovost, J., & Leclerc, D. (2002). L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse.. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation, 31* (1), 81-100.

Pronovost, J., Leclerc, D., & Dumont, M. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en Centres jeunesse. *Revue Québécoise de Psychologie, 24* (1), 179-199.

Putnins, A. L. (2005). Correlates and predictors of self-reported suicide attempts among incarcerated youths. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49* (2), 143-157.

Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. Journal of Affective Disorders, 105 (1-3), 221-228.

Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38* (7), 846-851.

Roberts, A. R., & Bender, K. (2006). Juvenile offender suicide: Prevalence, risk factors, assessment, and crisis intervention protocols. International *Journal of Emergency Mental Health, 8* (4), 255-266.

Rohde, P., Mace, D. E., & Seeley, J. R. (1997). The association of psychiatric disorders with suicide attempts in a juvenile delinquent sample. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7* (3), 187-200.

Rohde, P., Seeley, J. R., & Mace, D. E. (1997). Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 27* (2), 164-175.

Ryan, J. P., & Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review, 27* (3), 227-249.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998), The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (Suppl 20), 22-33.

St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente? *Institut national de santé publique du Québec*.

St-Laurent, D., & Gagné, M. (2008). Surveillance de la mortalité par suicide au Québec: Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006. *Institut national de santé publique du Québec*.

Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V. V., King, R. A., Van Heeringen, C., & Deboutte, D. (2003). Suicidal behavior and violence in male adolescents: A school-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42* (1), 41-48.

Wasserman, G. A., & McReynolds, L. S. (2006). Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36* (2), 239-249.

Zlotnick, C., Wolfsdorf, B. A., Johnson, B., & Spirito, A. (2003). Impaired self-regulation and suicidal behavior among adolescent and young adult psychiatric inpatients. *Archives of Suicide Research, 7* (2), 149-157.