

Une entrée ratée dans la vie Suicides et dynamiques suicidaires chez les jeunes

Michel Tousignant, André Gagnon et Luce Des Aulniers

Volume 12, numéro 1, automne 1999

Suicides, générations et culture

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074504ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074504ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tousignant, M., Gagnon, A. & Des Aulniers, L. (1999). Une entrée ratée dans la vie : suicides et dynamiques suicidaires chez les jeunes. *Frontières*, 12(1), 23–32. <https://doi.org/10.7202/1074504ar>

Résumé de l'article

Le phénomène du suicide chez les jeunes a augmenté au Québec et dans plusieurs autres régions depuis 1970. D'un point de vue anthropologique, on observe que la société était protégée par un tabou auparavant alors qu'il y a banalisation du suicide plus récemment. Le suicide est associé à plusieurs facteurs bien qu'il soit difficile d'établir clairement la chaîne causale. Il y a d'abord la présence d'un trouble psychiatrique, en particulier la dépression majeure, l'abus d'alcool et de drogues ainsi que les troubles de conduite et de l'impulsivité. Ensuite, il y a les problèmes avec la famille, et plusieurs auteurs croient que le rejet de l'enfant est un élément important. Au niveau social, la violence subie peut jouer un rôle de même que l'effet d'entraînement et les valeurs qui glorifient le courage du suicidé. On peut relever la difficulté de la quête identitaire suite aux failles de transmission intergénérationnelle apparaît comme un élément symbolique majeur. Les blessures narcissiques, le désespoir devant le manque de solutions, la rigidité avec laquelle il voit la vie sont des composantes de la dynamique qui mène le jeune à l'acte suicidaire. Pour mieux intervenir auprès des jeunes, on recommande de reconnaître davantage les signes précurseurs, trouver des stratégies et cibler les groupes à risque élevé.

Résumé

Le phénomène du suicide chez les jeunes a augmenté au Québec et dans plusieurs autres régions depuis 1970. D'un point de vue anthropologique, on observe que la société était protégée par un tabou auparavant alors qu'il y a banalisation du suicide plus récemment. Le suicide est associé à plusieurs facteurs bien qu'il soit difficile d'établir clairement la chaîne causale. Il y a d'abord la présence d'un trouble psychiatrique, en particulier la dépression majeure, l'abus d'alcool et de drogues ainsi que les troubles de conduite et de l'impulsivité. Ensuite, il y a les problèmes avec la famille, et plusieurs auteurs croient que le rejet de l'enfant est un élément important. Au niveau social, la violence subie peut jouer un rôle de même que l'effet d'entraînement et les valeurs qui glorifient le courage du suicidé. On peut relever la difficulté de la quête identitaire suite aux failles de transmission intergénérationnelle apparaît comme un élément symbolique majeur. Les blessures narcissiques, le désespoir devant le manque de solutions, la rigidité avec laquelle il voit la vie sont des composantes de la dynamique qui mène le jeune à l'acte suicidaire. Pour mieux intervenir auprès des jeunes, on recommande de reconnaître davantage les signes précurseurs, trouver des stratégies et cibler les groupes à risque élevé.

Mots clés: *suicide – Québec – jeunes – famille*

Abstract

Since 1970 the phenomenon of suicide among young people has been increasing in Québec and in many other regions. From an anthropological viewpoint, one notes that society was previously protected by a taboo whereas suicide has recently become more and more commonplace. Although it is difficult to establish causal links clearly, suicide is associated with several factors: first, a psychological disorder, especially major depression, alcohol and drug abuse as well as behavioral problems and impulsiveness. Then there are family problems, and many authors believe that rejection in childhood is an important element. At the social level, being a victim of violence can play a role just as can the effect of training and values that elevate the courage of the suicide. The difficulties in the search for identity produced by breaks in intergenerational transmission emerge as a major symbolic element. Narcissistic wounds, hopelessness following a lack of options, and the rigidity with which they view life are components of the dynamic that bring young people to commit suicide. So as to intervene better with young people, it is recommended that warning signs be better recognized, that strategies be found and that high-risk groups be targeted.

Key words: *suicide – Québec – young people – family*

Une entrée ratée dans la vie

Suicides et dynamiques suicidaires chez les jeunes

Michel Tousignant,

professeur au Département de psychologie, UQAM,
Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale
(LAREHS), UQAM.

André Gagnon,

psychanalyste, thérapeute familial, professeur agrégé de
psychiatrie à l'Université d'Ottawa et à l'Université
McGill.

Luce Des Aulniers,

professeure au Département des communications et au
Centre d'études sur la mort de l'UQAM.

LE GRAND FAUCHEUR

À l'époque où les grands parents actuels étaient adolescents, la mort frappait à tout âge, comme le rappellent les pierres tombales des cimetières. Les jeunes mouraient des suites de maladies infectieuses. Les garçons laissaient en grand nombre leur vie sur les champs de bataille, et les femmes, en maternité. Sans le vouloir forcément, leur vie était donnée, du moins à un sort sur lequel ils avaient peu de prise.

Aujourd'hui, l'hécatombe des jeunes entre quinze et trente ans se perçoit d'abord dans le suicide, puis dans les accidents de la route¹. La mort se signe particulièrement dans la violence individuelle. Et l'épidémie du sida, pas loin derrière, frappe aussi par sa singularité.

Une analyse détaillée des données épidémiologiques nous permet de constater que la hausse fut très rapide entre les années 1950 et le début des

années 1970 et ce, dans la plupart des pays industrialisés². Dès les années 1980, des études de cohorte³ s'avéraient inquiétantes: le taux de suicide s'en allait croissant pour chaque nouvelle cohorte (groupe né de cinq ans en cinq ans) après les années 1950. Ainsi, le taux de suicide a progressé aux États-Unis chez les 5 à 14 ans, doublant encore entre 1979 et 1994⁴. La hausse du suicide est remarquée dans plusieurs pays tenant des statistiques à ce sujet, et pour plusieurs provinces canadiennes dont le Québec. Cette hausse correspond également à une augmentation de jeunes hospitalisés suite à des gestes suicidaires.

La hausse s'est poursuivie jusqu'au milieu des années 1980, pour se stabiliser ensuite. Au Québec en particulier, une remontée des suicides complétés s'est à nouveau manifestée dans les années 1990 chez les jeunes de 15 à 19 ans⁵. D'après nos calculs, le taux moyen annuel (par 100,000 habitants) est passé de 15,1 entre 1985 et 1989 et à 17,5 entre 1990 et 1994.

C'est vraiment vers l'âge de 15 ans que le taux s'accélère chez les jeunes garçons, pour devenir le plus élevé au début de la vingtaine, et ralentir après l'âge de 25 ans. Cette variation est beaucoup moins importante chez les jeunes femmes: leur taux est en général 4 à 5 fois moins élevé que chez les jeunes hommes du même groupe d'âge. Il l'est

relativement encore moins au Québec en raison de la proportion plus élevée de suicides chez les jeunes hommes. Chez les jeunes femmes, on s'aperçoit aussi que le taux s'est relativement maintenu depuis le milieu des années 1970.

Quant aux moyens du suicide, les actions entreprises pour limiter l'accès aux armes à feu ainsi qu'aux médicaments et la moindre toxicité de ceux-ci, en particulier les antidépresseurs, ont produit des résultats concrets: ils sont moins utilisés à des fins délétères. Cet avantage fut cependant contré par une augmentation des suicides par monoxyde de carbone, et surtout par pendaison. Cette tendance devient fort préoccupante, en raison de la diversité des moyens possibles pour la pendaison et la relative simplicité de leur mise en oeuvre. L'étude des données épidémiologiques selon les pays, les états, voire même les régions indique aussi des variations importantes quant aux modalités choisies par les jeunes.

Les données de plusieurs pays offrent un profil similaire de l'évolution des taux des tentatives de suicides: on les voit apparaître à partir de la fin de l'enfance, vers 8 ou 9 ans, pour atteindre leur apogée en fin d'adolescence ou au début de la vingtaine, se maintenir jusqu'à la trentaine, puis progressivement diminuer jusqu'à la fin de la vie. Par contre, on signale encore des différences marquées entre les sexes. Ainsi, si on remarque une prévalence significative chez les femmes dès l'âge de 12 ans, on assiste à une véritable explosion entre 14 et 19 ans, puis à une régression rapide par la suite.

MALAISES ET CONFUSIONS

Ces suicides et ces comportements suicidaires chez les jeunes interpellent profondément la société. À chaque fois qu'un jeune décède par suicide ou tente de s'autodétruire, c'est toute la communauté qui est déchirée dans ses valeurs. D'emblée, ce type de mort contredit l'image romantique de la «belle jeunesse» à qui tout l'avenir devait – en principe – être promis. Le suicide vient plutôt souligner la détresse de pans entiers de cette jeunesse, même si beaucoup d'entre eux sont aimés. Et ce gaspillage de vies humaines vient aussi brouiller notre image collective de nous-mêmes.

Or, il se trouve qu'autrefois, cette image que développe une société d'elle-même était protégée par le tabou. Le suicide était tabou justement parce que ces sociétés étaient axées sur la survie et, dans cet effort de cohésion collective, attribuaient aux déviances de la norme

un statut marginal. Ce statut devenait donc insupportable. À cet effet, elles mettaient en place un réseau culturel «immunologique» et identitaire axé sur une relative homogénéité des valeurs et des pratiques, laquelle était garantie par des rites (notamment d'initiation) et une symbolisation communautaire des potentialités et des dangers inhérents à toute existence. Par-dessus tout, elles intégraient la vie et la mort en articulant leurs limites respectives et en délimitant les affects causés par leur conscience et leur présence, dans des conduites institutionnalisées, qu'elles soient festives ou de chagrin. C'est que ces sociétés peuvent difficilement supporter que tant d'efforts axés sur la lutte devant l'adversité soient anéantis d'un coup par un seul de leurs membres, sauf si l'honneur du groupe est en jeu et que la disparition rétablit l'équilibre social. Ce vouloir-vivre tolérait difficilement d'être malmené. Le tabou préservait la collectivité de cette éventuelle tentation à faire sombrer cette volonté, puisque rappelons-le, le propre des sociétés est non seulement de survivre, mais de se survivre.

Toutefois la montée fulgurante du taux de suicide entre les années 1950 et le début des années 1970 en Occident a forcé la levée de l'interdiction du discours sur le suicide. Il a amorcé une prise de conscience élargie, l'intérêt de nombreux chercheurs, et la mise en place d'actions pour freiner cette hausse. Des initiatives de prévention furent mises en place, alors que l'on cherchait à éveiller les jeunes en général et leur entourage aux faits et aux causes menant au comportement suicidaire. En dépit de toutes ces bonnes volontés, cette première vague de prévention a échoué⁶: le suicide a poursuivi sa progression au cours des années 1980 et 1990. C'est là le noeud que tente partiellement de dénouer cette parution de *Frontières*.

Il n'y a donc plus de tabous sur le suicide comme tel, on en parle beaucoup, peut-être même trop. Les créateurs l'abordent dans leurs écrits, les médias en font des dossiers, au point où d'autres intervenants s'interrogent à savoir si cette profusion de messages n'est pas venue banaliser la détresse

associée au suicide et au parasuicide. Des médias se sont emparés d'événements individuels ou collectifs pour parfois verser dans le sensationnalisme, ce dernier venant amplifier des états d'être déjà sujets à l'élan d'autodestruction⁷. Cet accent sur l'émotivité qui devient souvent morbide a aggravé la confusion qui entoure ce domaine. Car le champ de connaissances est encore lui-même insuffisamment tracé, l'analyse des faits se brouillant forcément d'idéologies, surtout lorsqu'il s'agit de pouvoir de mort, comme le suicide en est une figure on ne peut plus directe. En clair, la suppression du tabou sur le mot et le phénomène ne peuvent faire oublier l'existence d'autres tabous souterrains, bouillonnants, et surdéterminant notre rapport à la violence, aux relations humaines d'interdépendance, pour ne citer qu'elles. Cet ensemble reflète l'extrême complexité du phénomène suicidaire, en soi, et la manière de s'y situer.

Dans ce mouvement de bascule de la vie à la mort, il importe de différencier les niveaux dans la mise en oeuvre du suicide.

- Les idéations suicidaires renvoient à toute pensée de mettre fin à ses jours. Cette éventualité peut effleurer quelquefois aux prises avec les difficultés de l'existence ou vient tout simplement signaler la capacité d'autodétermination humaine. Ces idéations suicidaires sont même partie intégrante de la réflexion humaine sur la réalité de la mort. Selon certaines recherches, les idéations suicidaires deviennent sérieuses lorsque la pensée de sa mort volontaire occupe l'esprit pendant au moins deux semaines, ou de façon répétitive. Ce type d'idéation est alors plus souvent relié à une tendance suicidaire.
- Les conduites à risque consistent en des actions qui exposent à une blessure grave ou à la mort. Une telle conduite, consciente ou non, bien que pouvant être associée à une tendance suicidaire, n'est pas généralement accompagnée d'un désir de mort précis⁸.
- Les comportements autodestructeurs se révèlent dans des actions, telle une

automutilation, ou dans des habitudes de vie, tel le tabagisme ou l'alcoolisme, qui mettent en péril l'intégrité physique ou la santé. Il n'y a pas habituellement de pensée suicidaire associée.

- Les tentatives de suicide renvoient à des gestes accomplis avec l'intention plus ou moins ferme de s'enlever la vie. Elles peuvent être mineures, avec peu de possibilité de perdre la vie, ou majeures quand la mort est une conséquence probable, à moins d'intervention médicale vigoureuse.

Selon les auteurs, les tentatives de suicides ainsi que les comportements autodestructeurs et parfois les comportements à risque, sont inclus dans la catégorie des parasuicides.

- Les suicides complétés sont considérés tels quand le décès est causé par un geste accompli avec l'intention de mettre fin à ses jours.

S'il existe des liens entre ces manières de se poser face à l'autodestruction, on ne pourrait toutefois pas les considérer dans un déterminisme linéaire absolu. Par exemple, une idéation suicidaire – moment où l'éventualité de mettre fin à ses jours traverse l'esprit – ne conduit pas forcément à l'acte. Inversement, un suicide complété n'est pas systématiquement précédé de tentatives et de comportements autodestructeurs. Ainsi les emboîtements d'une représentation et d'un geste à l'autre ne sont pas automatiques. On observe même des dissemblances très fortes, déroutantes pour l'entourage et pour les intervenants. Nous nous concentrerons

responsable de cette hausse du taux de suicide chez les jeunes. L'analyse des trajectoires de vie montre à l'évidence que le suicide dépend d'une conjonction de facteurs de risque et il est très rare qu'un jeune en présente moins de quatre ou cinq majeurs. Le tableau de l'Annexe présente les composantes des grands ordres de facteurs: prédispositions personnelles, environnement familial, environnement socioculturel, facteurs précipitants.

Ainsi un jeune pourra se heurter à un problème de drogue (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel, facteurs précipitants), avoir vécu un placement à cinq ans (environnement familial), ne pas être capable de s'attacher de façon confiante à une autre personne (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel) et être menacé d'un dossier criminel suite à un vol d'automobile (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel, facteurs précipitants). Mais d'autres éléments peuvent protéger même ceux qui cumulent les facteurs de risque, et les rendre résilients⁹. Ce sont certaines qualités personnelles, comme la capacité de contrôler ses émotions et l'ouverture à d'autres points de vue ou encore un milieu familial et social investi qui leur fournissent un point d'ancrage suffisant pour ne pas sombrer dans le désespoir. Le cas de la Jamaïque offre une illustration éloquentes d'un milieu qui rassemble certains de ces facteurs de risque les plus dangereux en apparence, telles la consommation de drogues et la sépara-

le et familiale, qui peuvent être la source et l'aggravation de ces troubles, de même que l'on retrouve des caractéristiques environnementales et sociétales qui viennent amplifier la déroute existentielle.

DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Si la plupart des recherches faites autour du suicide porte sur des sujets ayant survécu à leur menace ou leur tentative, c'est que déterminer des causes et des raisons exactes des suicides complétés représente un défi important.

Phénomène troublant en soi, on a pu dénoter la présence d'un diagnostic psychiatrique chez plus des trois quarts des jeunes qui s'enlèvent la vie¹¹. Les chercheurs en arrivent à cette conclusion en procédant à une autopsie psychologique¹², terme quelque peu controversé, mais désormais consacré dans le domaine. Ces méthodes de plus en plus raffinées tentent de reconstruire les différents éléments ayant mené à la mort, en se tournant vers les proches, et la famille, ce qui en soi semble plus aisé chez des jeunes que chez les suicidés adultes, ces derniers vivant souvent très isolés de leur entourage¹³. Adaptant certaines techniques épidémiologiques et des méthodes d'études de cas spécifiques, on a réussi à reconstruire différents événements de façon plus fiable, et surtout mieux contrôlée en utilisant des groupes de comparaison¹⁴.

Ainsi, lors d'études contrôlées, on est particulièrement frappé par le fait que les adolescents suicidés, de même que des jeunes adultes, montrent des prévalences très supérieures de troubles mentaux en comparaison avec les groupes contrôles (tirés de la population en général ou d'amis), particulièrement au chapitre des troubles affectifs et des abus de substances nocives, telles l'alcool et la cocaïne¹⁵.

Plus précisément, on rapporte des prévalences de troubles affectifs telles que la dépression majeure et la maladie bipolaire (autrefois appelée manie-dépression), de l'ordre de 51 à 76 % chez les adolescents¹⁶ et une prévalence légèrement moins forte chez les jeunes adultes, soit entre 35 et 52 %¹⁷. Ces recherches ont aussi soulevé la très haute fréquence d'abus de substances avec des taux s'établissant entre 26 et 66 % chez les adolescents et les jeunes adultes.

On a aussi pu découvrir qu'au moment de leur suicide, entre 16 et 51 % des adolescents étaient sous influence d'alcool¹⁸ et selon certains auteurs, cette proportion serait plus élevée chez les

CE SONT CERTAINES QUALITÉS PERSONNELLES,
COMME LA CAPACITÉ DE CONTRÔLER SES ÉMOTIONS
ET L'OUVERTURE À D'AUTRES POINTS DE VUE
OU ENCORE UN MILIEU FAMILIAL ET SOCIAL INVESTI
QUI LEUR FOURNISSENT UN POINT D'ANCRAGE SUFFISANT
POUR NE PAS SOMBRER DANS LE DÉSESPOIR.

dans cet article sur les passages à l'acte définitifs, tout en signalant au passage les traits de dangerosité, sous la forme de tentatives ou de menaces de suicide.

UN FAISCEAU DE RISQUES ET PÉRILS

Les chercheurs en suicidologie s'entendent pour ne pas retenir un seul facteur ou un facteur principalement res-

ponsable de cette hausse du taux de suicide chez les jeunes. L'analyse des trajectoires de vie montre à l'évidence que le suicide dépend d'une conjonction de facteurs de risque et il est très rare qu'un jeune en présente moins de quatre ou cinq majeurs. Le tableau de l'Annexe présente les composantes des grands ordres de facteurs: prédispositions personnelles, environnement familial, environnement socioculturel, facteurs précipitants.

Ainsi un jeune pourra se heurter à un problème de drogue (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel, facteurs précipitants), avoir vécu un placement à cinq ans (environnement familial), ne pas être capable de s'attacher de façon confiante à une autre personne (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel) et être menacé d'un dossier criminel suite à un vol d'automobile (prédispositions personnelles, environnement familial et socioculturel, facteurs précipitants). Mais d'autres éléments peuvent protéger même ceux qui cumulent les facteurs de risque, et les rendre résilients⁹. Ce sont certaines qualités personnelles, comme la capacité de contrôler ses émotions et l'ouverture à d'autres points de vue ou encore un milieu familial et social investi qui leur fournissent un point d'ancrage suffisant pour ne pas sombrer dans le désespoir. Le cas de la Jamaïque offre une illustration éloquentes d'un milieu qui rassemble certains de ces facteurs de risque les plus dangereux en apparence, telles la consommation de drogues et la sépara-

adolescents que chez les adultes¹⁹. Les problèmes judiciaires ou légaux étaient aussi sur-représentés (entre 16 et 22 %) ²⁰ et plus encore chez les jeunes adultes (19 à 28 %) ²¹. On découvrirait aussi que des comportements antisociaux étaient relevés dans une proportion de 40 à 73 % des victimes, fréquemment en relation avec des troubles dépressifs ou d'abus de substances nocives. La dépression était souvent d'apparition récente, soit moins de trois mois.

De façon très nette, les diagnostics combinés, comme les désordres affectifs, les troubles de la conduite et les abus de substances sont beaucoup plus fréquents pour les décès par suicide que dans les groupes de comparaison²². Certains opinent que le tandem dépression/abus de substances est le principal changement entre les tableaux des années 1950 et 1980, et que ceci explique l'effet de cohorte déjà cité²³.

En bref, à chaque fois que des études ont utilisé des procédures diagnostiques systématiques et des critères diagnostiques bien définis, on a démontré de façon répétitive que 90% des adolescents suicidés avaient souffert de divers troubles mentaux²⁴. Se dégage alors ce double questionnement: d'une part, ces jeunes se suicident-ils du fait de leur maladie, mais tout autant du fait que l'image sociale de leur dérèglement psychique soit floue, entre autres parce que la dépression est plus précoce que pour les générations précédentes, qu'elle est difficilement repérable et qu'au surcroît, ce type d'affliction est souvent mal reçu socialement?

Les données indiquent pourtant bien que ce ne sont pas tous les adolescents et tous les jeunes adultes qui sont à risque de suicide. On sait que le phénomène s'est amplifié plus spécifiquement chez les jeunes hommes et a atteint ceux dont la santé mentale est plus précaire, encore plus ceux qui présentent plusieurs diagnostics en parallèle. Toutefois ce ne sont pas tous ceux qui présentent des troubles psychiques qui vont se suicider. Les chercheurs ont donc essayé de définir d'autres facteurs de risque.

AUTRES TRAITS INDIVIDUELS ET ENVIRONNEMENTAUX

CETTE IMPULSIVITÉ QUI FAIT PEUR

Le suicide, et peut-être encore plus chez les jeunes, est un acte qui dénote souvent un manque de contrôle de l'impulsivité²⁵. Cette hypothèse provient de deux constatations, l'une à l'effet que la décision de mettre fin à sa vie n'est pas longuement préparée dans bien des cas; l'autre originant de l'observation que

beaucoup de ces jeunes sont impliqués dans des délits, des batailles, ou des accidents de toutes sortes, notamment dans les semaines précédant leur décès.

Geste en soi souvent impulsif, le suicide est forcément connoté avec des traits du même ordre et avec des difficultés dans la prise en compte de réalités qui contrarient.

Ainsi, toujours sous la rubrique des caractéristiques individuelles retrouvées chez les jeunes suicidés, on identifie²⁶ certains traits de personnalité comme cette impulsivité, mais également le perfectionnisme, et une certaine rigidité des mécanismes de pensée. On ne sait pas précisément à quoi ces traits seraient associés. Dans une perspective de contextualisation macroscopique, on peut émettre l'hypothèse que le passage à l'acte est relié aux manques de conditions favorisant chez un individu une réelle élaboration de la pensée: notamment la surmultiplication des stimuli sensoriels, la vitesse requise pour accéder à un niveau de performance dans la réalisation des tâches, l'éclatement des référents à qualité d'éthique universelle. La rigidité et l'impulsivité pourraient bien alors se développer comme enveloppe protectrice autorisant sous le mode réflexe de rebondissement d'une surabondance de vertiges, quant ce n'est de vides existentiels. Dès lors, le cercle deviendrait vicieux: plus d'impulsivité, moins d'ouverture à d'autres voies que la sienne propre, plus de souffrances sédimentées...

Comme on l'a déjà souligné, il est en effet indéniable que consommation de drogues dures est reliée au suicide et environ le tiers des adolescents qui se donnent la mort en abuse. Une étude suédoise rapporte un taux de dépendance aux drogues de 50 % dans un groupe de suicides entre 15 et 29 ans²⁷. Or, on sait que les drogues possèdent un effet dépressif physiologique qui augmente avec la durée et l'usage. Cet effet dépressif entraînera chez plusieurs un affaiblissement des capacités de résistance aux obstacles et ainsi que de l'inventivité et partant, une image de soi détériorée. De la sorte, les drogues affectent le jugement et accroissent l'impulsivité et représentent donc un cocktail explosif chez des êtres déjà fragilisés.

Chez les gens qui ont une personnalité limite ou des troubles antisociaux, tout comme chez les perfectionnistes, une caractéristique importante se dégage: ils évitent de demander de l'aide, soit qu'ils ont été déçus dans le passé, soit que cette demande d'aide viendrait signer une faiblesse qu'ils préfèrent cacher²⁸. On perçoit donc ici la dyna-

mique instaurée entre le besoin d'aide et la réceptivité familiale, scolaire, ainsi que celle des groupes de pairs et des professionnels.

Brent a aussi signalé le risque chez certaines personnalités évitantes-dépandantes, et confirmé la vulnérabilité des impulsifs-dramatiques, tous des personnes qui ont beaucoup de difficultés à se mettre en relation avec les autres au plan émotionnel²⁹.

LE POIDS DE LA FAMILLE:

DE L'IMPULSIVITÉ AUX ÉBRANLEMENTS DE L'INSTITUTION

Si on examine maintenant les facteurs plus spécifiquement reliés à la famille, on est confronté au problème de la transmission des troubles psychiatriques et à leur détermination génétique. La découverte de gènes associés au suicide – et il pourrait y en avoir plus d'une centaine selon certains experts – ne peut évidemment pas expliquer la hausse récente du suicide pour la simple raison que les mutations génétiques chez l'être humain s'étendent sur plusieurs générations. Il faut un terrain propice pour «activer» les gènes associés au suicide. La relation s'inverse alors et se dialectise: le gène détermine la pathologie et sa manifestation est déterminée par un milieu pathogène. Les gènes candidats touchent justement ce contrôle de l'impulsivité et de l'agressivité. Ainsi, si un parent s'est suicidé, son enfant aura quatre fois plus de chances de l'imiter avec succès et les probabilités sont similaires pour la tentative de suicide. Et non seulement un jeune peut-il porter des gènes qui le prédisposent à l'impulsivité et au suicide, mais il sera exposé dans son développement à des parents aux prises avec des problèmes de dépression, de toxicomanie et qui ont posé eux-mêmes des actes suicidaires³⁰. Ces parents qui sont alors reconnus moins disponibles et attentifs aux besoins affectifs de l'enfant, sinon psychiquement absents.

D'une manière plus générale, on peut questionner le rôle des parents et leur capacité structurante de l'enfant. En effet, n'y aurait-il pas lieu de penser que ce manque de contrôle est attribuable en partie à la timidité des parents à transmettre leurs valeurs et à faire respecter les limites du défendu³¹? Partant de là, nous devons tout autant questionner l'impact réel des institutions qui ont pour mandat de soutenir les parents et *a fortiori*, les parents aux prises avec un problème sérieux avec un enfant. Nous pouvons tout autant questionner une société qui valorise cette impulsivité

sous les mots d'ordre de spontanéité, ou encore sous celui de d'expressivité totale. On en revient au mythe moderne de l'indépendance et de l'autonomie, reléguant au niveau des interdits le principe de la dépendance appropriée, par exemple inhérente à toute relation d'attachement, ou la nécessité de l'interdépendance. De la même manière, l'incitation à la fuite en avant dans la quête de sensations fortes, ou encore dans la quête d'un «ailleurs» comme lieu de défoulement de trop de pressions sur l'individu, serait à relier avec les conduites de dépendance de tous ordres et singulièrement, avec leur forme la

plus visible, celle de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Par ailleurs, encore une fois, chez les personnes ayant tenté d'aller délibérément au-devant de leur mort, on a relevé que plusieurs ne présentaient pas de pathologies psychiatriques aiguës³², mais leur survie permet au clinicien de constater la fragilité de leurs relations et de leurs capacités d'adaptation, pour ne noter qu'un des aspects de leur psychologie. Ces gens proviennent souvent d'un milieu familial plus instable ou dysfonctionnel, qui peut présenter des troubles psychiatriques chez les parents ou des conflits persistants. Les abus physiques

ou sexuels peuvent aussi aggraver la fragilité des jeunes en développement, tout comme la perte d'un être cher. On identifie d'ailleurs que les proches d'un suicidé deviennent en soi des personnes très à risque, porteurs d'une fragilité dépressive qui met du temps à se cicatriser. Qu'en est-il pour les suicides accomplis?

Une des questions les plus courantes est de se demander ce qui s'est passé dans les familles de jeunes décédés par suicide. Beaucoup de chercheurs se sont posé cette question, et plus d'une centaine de recherches ont examiné diverses facettes de la relation parents-enfants. Il n'est pas facile d'en tirer des conclusions

définitives et il est quelque peu frustrant de constater que nous ne sommes pas encore très loin du point de départ, selon la conclusion d'une recension exhaustive publiée récemment³³. S'il est vrai que plusieurs éléments de la vie familiale sont associés au suicide ou aux tentatives de suicide des jeunes, peu de chercheurs ont établi si ces problèmes familiaux sont survenus avant ou après le début des tendances suicidaires.

On pourrait supposer que c'était avant dans bien des cas parce que les problèmes observés au moment où le jeune est suicidaire sont souvent chroniques et remontent longtemps en arrière. Mais les idéations peuvent également commencer très tôt, soit durant le cycle du primaire et même avant l'entrée à l'école. Trois scénarios sont ainsi possibles en ce qui a trait au rapport de causalité: l'un où le fonctionnement de la famille provoque la conduite suicidaire de l'enfant; un autre où parents et enfants sont vulnérables et se rendent la vie pour le moins malaisée; dans un dernier cas, nous avons des parents bienveillants qui font tout ce qu'il faut faire mais le problème de l'enfant est si grave qu'ils ne peuvent rien changer, en dépit de leur bonne volonté et des essais de solutions. Certains parents de jeunes suicidés ont consulté un spécialiste ou ont fait des efforts pour amener leur enfant en consultation avant le suicide.

Plusieurs aspects de la vie familiale pourraient être impliqués dans la trajectoire qui mène au suicide. Malheureusement, la plupart des recherches n'examinent qu'un ou deux éléments à la fois de sorte que les conclusions sont très partielles et l'on ne peut isoler quel facteur est le plus important. Voyons en résumé ce qui semble le mieux établi dans l'état actuel des connaissances.

L'abus physique de la part des figures parentales, avec un taux de 30%, est plus fréquent chez un groupe de jeunes cas de suicide que dans un groupe de comparaison, mais ce taux n'est pas vraiment différent de la fréquence observée dans un groupe en consultation psychiatrique³⁴. Ensuite, il y a plus de séparations d'avec l'un ou les deux parents suite à des événements divers comme le placement en foyer, la séparation maritale et la mort d'un parent. Enfin, les jeunes qui se suicident ont davantage été exposés à des conflits entre parents que la moyenne de la population. Les mêmes éléments se retrouvent chez les familles de jeunes qui ont fait une tentative, et l'on y dénote une fréquence élevée d'abus sexuels et un fonctionnement familial de pauvre qualité. En conclu-

sion, les études devraient se pencher sur plusieurs éléments de la vie familiale à la fois afin d'identifier lesquels sont les plus déterminants soit séparément, soit en conjugaison avec d'autres.

L'une des hypothèses théoriques les plus souvent citées pour expliquer le suicide chez les jeunes est celle de Sabbath³⁵ qui soutient que l'enfant suicidaire est considéré comme de trop («expandable»). En somme, le parent considère que son enfant représente une menace à son bien-être et il voudrait s'en débarrasser ou souhaiterait sa mort. Il communiquerait à l'enfant des messages non équivoques de rejet pour lui faire savoir que sa présence dérange. L'enfant en tirerait la conclusion qu'il ne mérite pas de vivre et il développerait de la haine envers lui-même. Cette explication en provenance des milieux cliniques est très attrayante, mais elle n'a pas reçu de confirmation empirique.

Des modèles animaux permettent de croire que l'abandon de la mère provoqué expérimentalement cause des réactions d'agressivité contre soi chez des primates³⁶. Une équipe au centre de recherche Fernand-Seguin est en train de la tester avec un échantillon d'hommes décédés par suicide entre 15 et 40 ans. Elle a cependant donné appui à cette hypothèse avec un petit groupe de 8 adolescents et adolescentes ayant fait une tentative au cours de la dernière année. Quatre des huit avaient vécu une forte expérience de rejet durant leur enfance alors que seulement quatre des 200 autres n'ayant pas fait de tentative rapportaient une telle expérience.

Il est par conséquent certain que les travaux futurs devront examiner davantage les multiples facettes du lien d'attachement entre le jeune et ses parents. Le fait que beaucoup de jeunes suicidaires disent qu'ils ont un sentiment d'aliénation avec leurs amis malgré une grande sociabilité peut indiquer des failles dans cet aspect du développement émotif. De plus, si nous connaissons certains aspects des familles d'origine dysfonctionnelles, nous savons très peu de l'enchaînement des expériences des familles «décomposées-recomposées», dans le sens de leurs impacts sur les facteurs

présidant à la dynamique suicidaire.

En résumé, nous savons encore trop peu sur les familles de jeunes décédés par suicide. Et ce que nous savons provient principalement des parents et il y a besoin de valider ces informations avec les frères et les soeurs, ainsi que d'autres membres de l'entourage. La situation s'explique par la difficulté de mener de telles recherches. Il faut attendre de quatre à six mois après le décès avant de procéder aux entrevues et le temps consacré à supporter les parents ou les membres de la famille suite au trauma du décès est parfois considérable.

VIOLENCES ET SENS CULTURELS

Nous avons entendu parler de cas où l'ostracisme et la violence psychologique des pairs a poussé certains jeunes au suicide. Par ailleurs, des difficultés académiques ou des menaces disciplinaires accroissent le risque, tout comme le statut de chômeur, ou de personne inactive surtout si cela contraste avec le contexte du milieu environnant. On se rend compte aussi que les valeurs véhiculées au plan de la culture familiale et ethnique jouent un grand rôle. Dans certains groupes, le choix du suicide apparaît plutôt accepté, mais se révèle encore condamné et combattu dans d'autres cultures.

Chez nous, l'attitude de la population à l'égard du suicide comprend plusieurs dimensions. Dans une enquête menée en Estrie en 1970, la population concevait le suicide comme l'acte d'un désespéré³⁷. Ce type d'attribution est toujours fréquent. Il y a d'ailleurs lieu de s'interroger sur le mysticisme qui auréole parfois celui qui se donne la mort comme s'il remportait une victoire sur les vicissitudes de sa vie ou assumait forcément le contrôle de sa destinée. Les commentaires qui ont suivi le suicide de deux personnages publics au Québec en 1997 et 1998, à savoir qu'ils se sont comportés en héros, n'ont rien pour éloigner du suicide les plus vulnérables. On nous a par ailleurs rapporté une manifestation de jeunes soulignant le courage d'un des leurs qui venait de s'enlever la vie, alors même que le suicide prenait une dimension épidémique.

Si on ne trouve pas de confirmation statistique de l'agglomération des suicides, une analyse rapide de leur distribution dans les écoles secondaires porte à croire à l'effet d'entraînement, tel que l'ont observé les responsables des centres de prévention du suicide. Parfois les jeunes se connaissaient, parfois non. C'est alors qu'entre en jeu cette réaction de la communauté que nous venons de mentionner: l'héroïsation peut entraîner l'imitation. Par ailleurs, on peut observer une réaction opposée tout aussi perverse dans l'absence de regrets pour ceux qui se donnent la mort, ou pire, le sentiment de soulagement. Dans tous les cas, les jeunes portent sur eux ces représentations qui confinent au désarroi et à l'impuissance collective.

Par extension de cette déroute collective de sens, on reconnaît en général que la pratique religieuse et l'engagement spirituel sont des facteurs de protection. Inversement l'insécurité et le vide spirituel deviennent des facteurs de risque. D'autres facteurs de protection en santé mentale pourraient jouer un rôle important, dont une relation de bonne qualité avec au moins un des deux parents, et une bonne qualité d'intégration sociale. Encore une fois et en touchant une limite de cet article, il y a lieu d'explorer ce qui concourt ou non à cette intégration.

DÉVELOPPEMENT ET DYNAMIQUE SUICIDAIRE

Les études sur le suicide font malheureusement peu de cas de la formation des représentations de la mort qui ne soit pas que développementale, mais en lien avec le statut contemporain de la mort, lui-même assez confus.

Mais il n'y a pas que la confusion des regards portés sur le suicide, comme on l'a souligné plus haut, sur la mort et sur le suicide. Il y a les équivoques propres à l'adolescence, à son début, à son issue. C'est en effet à cette période de sa vie que l'être humain doit affronter le plus de morts symboliques dans la formation de son identité et en même temps, où il doute le plus de ses capacités, du fait justement qu'elles n'ont pas été vraiment éprouvées. Toutefois, ce premier pallier d'ambivalence interagit avec un autre: si le jeune peut bénéficier de balises sûres dans cette quête identitaire et s'il a pu graduellement réaliser certains rêves, il a forgé la capacité de *penser* et d'organiser sa vie. Quand ces niveaux d'ambivalence propres à l'adolescence ne sont pas reconnus comme fondateurs, intégrés dans tous les niveaux d'interaction, la fragilité tout comme l'intensité du rap-

port entre la vie et la mort inscrites dans le développement de l'individu peuvent faire chavirer l'existence³⁸. Cette dynamique n'est d'ailleurs pas qu'individuelle ou apparemment générationnelle, d'autant qu'un parent entre en au même moment dans la phase de recherche d'intégrité³⁹, et remet aussi en question ses valeurs, ses choix et ses actions; les grand-parents terminent de leur côté cette étape avec plus ou moins de sentiment d'accomplissement et de sérénité. Cet entrelacs de moments-charnières de l'existence crée une véritable (dis)harmonique trigénérationnelle, unique dans le développement humain, qui comporte bien des aléas.

On sait que chez l'enfant, la notion de mort elle-même demeure assez abstraite, surtout dans ses caractéristiques de finitude et d'irréversibilité. Cependant, il semble que les enfants connaissent la réalité du suicide et des moyens d'y arriver. Les très jeunes suicidaires choisissent souvent des moyens brutaux tels que se jeter devant un véhicule moteur, l'arme à feu, ou une chute⁴⁰. L'enfant demeure en général très ambivalent, et cherche une solution par

tions, l'adolescent a peine à se comprendre, à s'exprimer par la parole, ce qui ajoute aux impasses relationnelles qui peuvent lui parvenir de l'entourage ou de son contexte de vie. Tentant de tout résoudre de façon magique avec son omnipotence, les passages à l'acte sont parfois plus vifs, débordant les capacités de maîtrise de la raison et des émotions. Cela donnera très fréquemment l'impression d'une certaine impulsivité, même si les tensions mijotent depuis des mois, sinon des années. C'est ainsi que des jeunes se mettent soudainement à des conduites à risque et parfois à faire les 400 coups, pour se donner des sensations fortes, espérant tromper l'ennui, l'insatisfaction et la tension provenant de ces incompréhensions.

Si les adolescents vivent alors dans un milieu à l'équilibre précaire, n'offrant pas des repères solides et une certaine persistance de l'intégrité fonctionnelle, le désarroi et l'insécurité gonflent. Quand l'impuissance en arrive au désespoir, les idéations et les conduites suicidaires apparaissent souvent⁴². Si le jeune est trop rigide dans ses attitudes, ou qu'il se montre trop impulsif, trop centré sur

SI LES ADOLESCENTS VIVENT ALORS DANS UN MILIEU

À L'ÉQUILIBRE PRÉCAIRE, N'OFFRANT PAS DES REPÈRES SOLIDES

ET UNE CERTAINE PERSISTANCE DE L'INTÉGRITÉ FONCTIONNELLE,

LE DÉSARROI ET L'INSÉCURITÉ GONFLENT.

cette action: quitter un monde trop pénible, retrouver une personne proche dont il a été privé ou chercher à éviter un conflit.

À l'adolescence, des enjeux plus complexes apparaissent⁴¹, on l'a souligné plus haut. On doit assumer le changement, forger son identité, assurer son autonomie tout autant que ses besoins de dépendance. Un corps en changement rapide est à apprivoiser, de même qu'un nouvel espace mental que permet le sens des abstractions et le développement cognitif et *social* propre à cet âge. Cela donne lieu à des élans de progression, mais parfois aussi des replis qui déroutent autant l'adolescent que son milieu. On le juge parfois en pleine contradiction, alors qu'il tente de composer avec ses ambivalences. Un espace transitionnel est à créer alors que son monde émotif est en pleine émergence: ne sachant encore trop ce qui se passe avec précision, les émotions sont difficiles à nommer. On l'a dit, confus dans ses sensa-

ses seuls besoins, il vit forcément des situations d'échec. Cette forme de dépression narcissique, différente du portrait classique, offre des signes précurseurs du suicide, sans toutefois y conduire automatiquement. Ainsi le jeune se montre irritable et se brouille avec ses amis. Contrairement à ses habitudes, il peut s'isoler longuement dans sa chambre pour écouter de la musique, pour écrire des textes à répétition, témoignant d'une certaine fascination pour la mort. Il a peine à s'engager dans ses études, dans le travail, ou socialement⁴³. Par conséquent, il rencontre des difficultés à l'école, autant en termes académiques que comportementaux. Il abuse de l'alcool et des drogues, il a plusieurs partenaires sexuels. Chez les adolescentes, le fait d'avoir une relation amoureuse avec un adulte consiste en un des indices les plus étroitement associés à des tendances suicidaires⁴⁴.

Cette spirale délétère pourra être amplifiée par la confusion de l'orienta-

tion sexuelle, ou encore par la tourmente secondaire à des abus physiques ou sexuels, ainsi que par la détresse causée par le glissement dans un état de maladie mentale. Celles-ci bloquent les processus cognitifs, enfermant le jeune dans une obsession capable d'engendrer les pires angoisses. De telles difficultés poussent parfois à répétition le jeune dans des impasses dont il ne voit plus l'issue et qui finissent par l'épuiser. Il ne se suicide pas seulement alors de l'accumulation de ses difficultés, mais surtout de son sentiment, voire de sa persuasion que quoi qu'il fasse, il ne peut changer sa situation. La compréhension théorique des schémas cognitifs dans la dépression vient confirmer l'émergence et la rigidité de ces sentiments d'impuissance et de désespoir.

En définitive, on peut comprendre que les gens présentant des difficultés de personnalité, des abus de substances nocives et des troubles antisociaux les conduisant à des conflits à l'école ou avec le système judiciaire et le monde du travail, présentent un risque accru de perte, de rupture et de rejet. Ces situations prises une à une peuvent sembler banales, sauf que combinées, elles s'avèrent souvent la goutte qui fait déborder un vase déjà trop plein. Un contexte de colère et d'idéations homicides est alors relié à un risque plus élevé de suicide.

On sait que les conduites suicidaires antérieures annoncent déjà un risque élevé de suicide; selon une étude scandinave, les deux tiers des décès par suicide entre 19 et 29 ans avaient été précédés d'une tentative⁴⁵. Par contre, chez les jeunes hommes, environ la moitié des suicides complétés surviennent dès la première tentative.

S'impose par conséquent une analyse minutieuse de tous ces éléments permettant aux intervenants de mieux déceler les risques. S'agit-il d'une crise à caractère suicidaire fondée sur des troubles d'adaptation spécifiques? Ou bien ne retrouve-t-on pas l'aboutissement d'une longue mésadaptation aggravée par une vulnérabilité causée par un trouble mental ou le cumul de plusieurs désordres psychiques, ainsi que la gravité de la dysfonction familiale et sociale?

PEUT-ON AGIR ET DANS QUELS SENS?

LE SUICIDE À ÉVITER:
MIEUX PROBLÉMATISER

L'évaluation du risque suicidaire chez les adolescents et les jeunes exige une très grande disponibilité des intervenants. Car il faudra faire la lumière sur l'ensemble des éléments précités, démas-

quer les possibilités de dépression, de maladie bipolaire, ou de d'autres troubles psychiques: la détresse émotionnelle, le retrait, les changements dans les habitudes de vie, de sommeil, d'appétit, les pertes d'intérêts et de plaisir à mener ses activités en sont d'autant de signes. L'augmentation des angoisses, l'irritabilité, le sentiment d'impuissance et de désespoir assombrissent encore plus le sentiment d'impasse.

Sont également à explorer les pertes, les maladies et les liens personnels et familiaux. L'importance de l'intention autodestructrice en regard de la recherche d'une communication privilégiée est dès lors et également à clarifier pour bien mesurer l'urgence de l'intervention et des modes de protection.

Pourtant, les intervenants, tout comme les proches, rencontrent une autre ambivalence, si ce n'est une ambiguïté collective. C'est que d'un côté on incite les jeunes à l'autonomie entendue plus comme capacité de se débrouiller seuls que partage réfléchi d'une interdépendance, alors que de l'autre côté, on veut solliciter la ventilation de leurs émotions. Plus singulièrement, nous avons à tenir compte de la pudeur et de la difficulté des adolescents masculins et des jeunes hommes à se révéler au plan émotif⁴⁶. Il est alors avantageux d'essayer d'entamer un contact avec l'entourage, le milieu familial ou les proches, afin d'obtenir une image plus complète de la situation.

De plus, tout en confrontant les facteurs de risque, on doit bien admettre qu'on ne pourra jamais tous les corriger. Nous ne pouvons par conséquent négliger d'analyser les facteurs de protection, et surtout, de s'en servir le plus possible⁴⁷. Car tant pour la phase de prévention que pour l'intervention, on tend à développer de meilleurs liens avec l'entourage, soit la famille et les amis; on cherche à amplifier les capacités d'expression des difficultés émotives. Évidemment, cela n'exclut pas une identification persévérante des entités psychiatriques et, s'il y a lieu, des habitudes de vie, ou un travail de fond pour modifier les attitudes cognitives des suicidaires.

Au plan des institutions sociales⁴⁸, la prévention requiert une réponse courageuse et beaucoup plus engagée envers les groupes à risque élevé, ce qui peut signifier un certain déplacement des services cliniques, notamment à l'endroit des jeunes alcooliques et toxicomanes. Les intervenants de la première ligne (infirmières, psychologues, médecins, travailleurs sociaux, bénévoles des centres de prévention, etc.) doivent se

rendre plus disponibles et capables d'identifier et de confronter les risques de façon efficace. Les services spécialisés en santé mentale peuvent améliorer leur soutien à l'endroit des intervenants oeuvrant auprès des jeunes et accentuer leur présence auprès des personnes présentant des risques multipliés plutôt que de les exclure en raison de leur complexité.

DÉPROBLÉMATISER: UN MONDE À VITALISER

Durkheim nous avait montré l'impact de l'anomie, et avait écrit cette phrase lourde de sens: «Chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires⁴⁹». Comment se fait-il que ce soient les jeunes au masculin actuellement?

De ce qui précède ressort clairement l'exigence d'une sorte de révolution des mentalités, notamment en ce qui concerne une des caractéristiques de l'individualisme, à savoir que chacun doit se débrouiller sans l'aide des autres et qu'il est mal perçu de se préoccuper des affaires de son voisin sans son accord explicite...

Plus avant, dès l'enfance, il importe de mieux apprendre aux jeunes à résoudre les problèmes et à exprimer les tensions, que ces dernières soient internes ou externes, et cela en incluant le combat qui existe toujours entre la vie et la mort⁵⁰. Pour ce faire, les adultes doivent eux-mêmes apprendre à mieux reconnaître les modèles culturels qui nous sont proposés.

Concrètement, des programmes de loisirs, d'analyse culturelle accessible et d'intégration sur le marché du travail peuvent renforcer des êtres vulnérables.

Enfin, il se peut bien que cette révolution concerne justement deux relatifs impensés que sont d'une part, les rapports que notre société entretient avec l'adolescence; et d'autre part, le statut ambigu de la mort dans une société qui tout à la fois la craint absolument, l'exclut du quotidien, et en crée autant. Ces deux champs fondamentaux d'analyse nous renvoient à notre rapport non seulement à une génération trop sacrifiée, mais au-delà, à notre rapport au monde et à notre époque.

Notes

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise d'action face au suicide: s'entraider pour la vie*, Gouvernement du Québec, 1988.
- 2 R.F.W. DIEKSTRA, «Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: The International Picture», *Crisis*, no 10, 1989, p. 16-35.
- 3 M. SOLOMON et G. MURPHY, «Cohort Studies of Suicide», dans *Suicide in the Young*, H.S. SUDAK et al. (dir. publ.), Massachusetts, Wright-PSG, 1984, p. 1-14.
- 4 C.R. PFEFFER, «Childhood Suicidal Behavior: A Developmental Perspective», *The Psychiatric Clinics of North America*, Saunders, vol. 20, no 3, 1997.
- 5 CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, *Le suicide chez les jeunes: S.O.S. Jeunes en détresse*, ministère du Conseil Exécutif, Gouvernement du Québec, 1997.
- 6 D. SHAFFER et al., «Preventing Teenage Suicide: A Critical Review», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 27, 1988, p. 675-687.
- 7 N.D.L.R.: voir l'article de Hélène BÉLANGER dans le présent numéro.
- 8 N.D.L.R.: voir l'article de Monique SÉGUIN dans le présent numéro.
- 9 N.D.L.R.: voir l'article de Joseph LÉVY dans le présent numéro.
- 10 W. WEDENOJA, «Social and Cultural Psychiatry of Jamaicans, at Home and Abroad», dans I. Al-Issa (dir. publ.), *Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective*, Madison, Connecticut, International Universities Press, 1995, p. 215-230.
- 11 B. GROHOLT et al., «Youth Suicide in Norway, 1990-1992: A Comparison between Children and Adolescents Completing Suicide and Age Gender Matched Controls», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 27, 1997, p. 250-263.
- 12 D. SHAFFER, «Suicide on Childhood and Adolescence», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, no 15, 1974, p. 275-291.
- 13 H. PARDES, S.J. BLUMENTHAL, «Youth Suicide: Public Policy and Research Issues», dans *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*, S.J. BLUMENTHAL et D.J. KUPFER (dir. publ.), Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, p. 65-681.
- 14 D.A. BRENT, «The Psychological Autopsy: Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide», *Suicide Life Threat Behav*, no 19, 1989, p. 43-57.
- 15 D.A. BRENT et al., «Risk Factors for Adolescent Suicide: A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients», *Archives of General Psychiatry*, no 45, 1988, p. 581-588.
D. SHAFFER et al., «Preventing Teenage Suicide: A Critical Review», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, *ibid*.
- M. SHAFII et al., «Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents», *American Journal of Psychiatry*, no 142, 1985, p. 1061-1064.
- M. SHAFII et al., «Comorbidity of Mental Disorders in the Post-Mortem Diagnosis of Completed Suicide in Children and Adolescents», *Journal of Affective Disorders*, no 15, 1988, p. 277-253.
- C.L. RICH et al. «San Diego Suicide Study 1: Young vs Old Subjects», *Archives of General Psychiatry*, no 43, 1986, p. 577-582.
- M. MARTTUNEN et al., «Mental Disorder in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II among 13 to 19 Year Olds», *Archives of General Psychiatry*, no 48, 1991, p. 854-859.
- B. RUNESON, «Mental Disorders in Youth Suicide. DSM-III-R axes I and II», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 79, 1989, p. 490-497.
- A.D. LESAGE et al. «Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men», *Am J psychiatry*, vol. 151, no 7, juillet 1994.
- 16 D.A. BRENT et al. «Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 32, no 3, mai 1993.
- M. SHAFII et al., «Comorbidity of Mental Disorders in the Post-Mortem Diagnosis of Completed Suicide in Children and Adolescents», *Journal of Affective Disorders*, 1988, *ibid*.
- M. MARTTUNEN, H. ARO, et J. LONNQVIST, «Research on Mental Disorders in Adolescent Suicide», dans *Suicidal Behaviour in the European Region - Research Findings*, P. CREPET et al. (dir. publ.), Rome, John Libbey CIC, 1992, p. 253-259.
- 17 C.L. RICH et al. «San Diego Suicide Study 1: Young vs Old Subjects», no 43, 1986.
B.O. RUNESON, C.L. RICH, «Diagnostic Comorbidity of Mental Disorders among Young Suicides», *International Review of Psychiatry*, no 4, 1992, p. 197-203.
- A.D. LESAGE et al. «Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men», *Am J psychiatry*, 1994, *ibid*.
- M.S. GOULD et al., «The Clinical Prediction of Adolescent Suicide», dans *Assessment and Prediction of Suicide: An Official Publication of the American Association of Suicidology*, DE R.W. MARIS et al. (dir. publ.), New-York, Guilford Press, 1992.
- 18 J.W. EISELE et al., «Teenage Suicide in King County. Washington II. Comparison with Adult Suicides», *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, no 8, 1987, p. 210-216.
- B. RUNESON, «Psychoactive Substance Use Disorder in Youth Suicide», *Alcohol and Alcoholism*, no 25, 1990, p. 561-568.
- D.A. BRENT et al., «Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients», *Archives of General Psychiatry*, 1988, *ibid*.
- M. MARTTUNEN, H. ARO et J. LONNQVIST, «Research on Mental Disorders in Adolescent Suicide», 1992, *ibid*.
- 19 M. TOUSIGNANT et T. PAYETTE, «Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés», *Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, octobre 1997.
- 20 T.R. THOMPSON, «Childhood and Adolescent Suicide in Manitoba: A demographic Study», *Canadian Journal of Psychiatry*, no 32, 1987, p. 24-269.
- D.A. BRENT et al., «Risk Factors for Adolescent Suicide. A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients», *Archives of General Psychiatry*, 1988, *ibid*.
- 21 C.L. RICH et al. «San Diego Suicide Study 1: Young vs Old Subjects», *Archives of General Psychiatry*, 1986, *ibid*.
- B. RUNESON, «Psychoactive Substance Use Disorder in Youth Suicide» *Alcohol and Alcoholism*, 1990, *ibid*.
- 22 M. SHAFII et al., «Comorbidity of Mental Disorders in the Post-Mortem Diagnosis of Completed Suicide in Children and Adolescents», *Journal of Affective Disorders*, 1988, *ibid*.
- M. MARTTUNEN, H. ARO et J. LONNQVIST, «Adolescent Suicide: Endpoint of Long Term Difficulties», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 31, 1992, p. 649-654.
- M.S. GOULD et al., «The Clinical Prediction of Adolescent Suicide», dans *Assessment and Prediction of Suicide: An Official Publication of the American Association of Suicidology*, 1992, *ibid*.
- A.D. LESAGE et al. «Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men», *Am J psychiatry*, 1994, *ibid*.
- 23 G.A. CARLSON et al., «Secular Trends in Psychiatric Diagnoses of Suicide Victims», *Journal of Affective Disorders*, no 21, 1991, p. 127-132.
- 24 D.A. BRENT et al. «Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993, *ibid*.
- M. SHAFII et al., «Comorbidity of Mental Disorders in the Post-Mortem Diagnosis of Completed Suicide in Children and Adolescents», *Journal of Affective Disorders*, 1988, *ibid*.
- M. MARTTUNEN et al., «Mental Disorder in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II among 13 to 19 Year Olds», *Archives of General Psychiatry*, no 48, 1991, *ibid*.
- 25 D.A. BRENT et al., «Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 33, 1994, p. 1080-1086.
- 26 *Ibid*.
- 27 B. RUNESON et J. BESKOW, «Borderline Personality Disorder in Young Swedish Suicides», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, no 179, 1991, p. 153-156.
- 28 N.D.L.R.: voir l'article de Réal LABELLE dans le présent numéro.

- 29 D.A. BRENT et al., «Family Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study», dans R.J. ROSKY et al. (dir. publ.), *Suicide prevention: The Global Context*, New York, Plenum Press, 1998, p. 41-50.
- 30 D.A. BRENT et al. «Personality Disorder, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 33, no 8, octobre 1994.
- 31 Voir C. OLIVIER, *L'ogre intérieur: de la violence personnelle et familiale*, Paris, Fayard, 1998.
- 32 P. GAREL, «Comportements suicidaires à l'adolescence et intervention de crise», *P.R.I.S.M.E.*, vol. 5, no 4, 1995, p. 412-423.
- 33 B.M. WAGNER, «Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior», *Psychological Bulletin*, no 121, 1997, p. 246-298.
- 34 D. A. BRENT et al., «Familial Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 89, 1994, p. 52-58.
- 35 J. SABBATH, «The Suicidal Adolescent: The Expendable Child», *American Journal of Child Psychiatry*, no 8, 1969, p. 272-289.
- 36 G.W. KRAEMER, D.E. SCHMIDT et M.H. EBERT, «The Behavioural Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997, p. 12-38.
- 37 M. TOUSIGNANT et G. DENIS, «Folie, maladie mentale et dépression nerveuse: analyse de la représentation du normal et du pathologique», *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 9, no 4, 1977, p. 348-360.
- 38 Voir P. JEAMMET, «La mort dans la dynamique de l'adolescence» de même que plusieurs articles sur la maladie, le deuil des adolescents, etc, dans *Études sur la mort*, L'adolescent et la mort, Paris, L'Esprit du Temps, 1998.
- 39 P. GAREL et J. BOIVIN, «Comportements suicidaires chez l'enfant et l'adolescent», dans *Démystifier les maladies mentales à l'enfance et l'adolescence*, A. GAGNON et al. (dir. publ.), Montréal, Gaétan Morin, 1999.
- 40 E.H. ERIKSON, *Adolescence et crise: la quête de l'identité*, Paris, Flammarion, 1972.
- 41 A. GAGNON, «Quand Jeunesse se meurt», *Le Médecin du Québec*, octobre 1992.
- F. LADAME, *Les tentatives suicidaires des adolescents*, Paris, Masson, 1981.
- N. TABACHNICK, «The Interlocking Psychologies of Suicide and Adolescence», dans *Adolescent Psychiatry*, Chicago, University of Chicago Press, no IX, 1981, p. 399-410.
- G. KLERMAN (dir. publ.), «Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults», *American Psychiatric Press*, Washington, DC, 1986.
- 42 M.J. ROTHERAM-BORUS et P.D. TRAUTMAN, «Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent among Adolescent Suicide Attempters.», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 27, no 6, 1988, p. 700-704.
- 43 M.S. GOULD et al., «Psychosocial Risk Factors of Child And Adolescent Completed Suicide», *Archives of General Psychiatry*, no 53, 1996, p. 1155-1162.
- 44 *Ibid.*
- 45 B.S. RUNESON, J. BESKOW et M. WAERN, «The Suicidal Process among Young People», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 93, 1996, p. 35-42.
- 46 N.D.L.R.: voir l'article de Lucie CHARBONNEAU et Janie HOULE dans le présent numéro.
- 47 CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, *Le suicide chez les jeunes: S.O.S. Jeunes en détresse*, Ministère du Conseil Exécutif, Gouvernement du Québec, 1997.
- M. SÉGUIN, *Le suicide: comment prévenir, comment intervenir*, Montréal, Éditions Logiques, 1991.
- 48 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Gouvernement du Québec, *Stratégie québécoise d'action face au suicide: s'entraider pour la vie*, 1988.
- 49 E. DURKHEIM, *Le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1930.
- 50 L. DES AULNIERS, «Ce rêve plus grand que la nuit», *En piste. Apprentissage et socialisation, Prévenir les tentatives de suicide chez les adolescents*, vol. 9, no 1, mars 1986, p. 37-44.

Annexe

Cette synthèse a été effectuée à partir des données des tableaux d'une «Bibliographie commentée», établie par Christiane Jacques, dans *Le suicide chez les jeunes*, sous la direction de Marie-Line Morin, Montréal, Médiaspaul, 1999, p. 191-220.

- Les facteurs ne sont pas classés par ordre d'importance, mais par ordre alphabétique.
- Pour savoir quels chercheurs se sont penchés sur ces facteurs, voir les pages 197 à 201 de ladite Bibliographie.

SYNTHÈSE DES FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE COMPLÉTÉ CHEZ LES ADOLESCENTS, SELON DES RECHERCHES RÉCENTES

	DIMENSIONS TRAITÉES ICI	DIMENSIONS ÉVOQUÉES ICI	DIMENSIONS NON TRAITÉES
1) Caractéristiques personnelles	antécédents suicidaires dépression impulsivité manque d'estime de soi maladies mentales troubles de la personnalité alcoolisme toxicomanie	difficultés de la vie genre identité sexuelle	perte en bas âge d'un parent diminution de la sérotonine
2) Environnement familial	antécédent familial de suicide facteurs génétiques psychopathologie parentale toxicomanie violence physique et/ou sexuelle exposition à un conflit et séparation d'avec un ou deux parents*	chômage, pauvreté conflit(s) avec un membre situation familiale globale manque de soutien familial	
3) Environnement socioculturel		conflits avec des pairs attitudes sociales face au suicide économie sociale isolement social vs soutien valeurs générales et religieuses	
4) Facteurs précipitants	accessibilité aux armes à feu problèmes à l'école problèmes avec la loi	type de couverture médiatique contagion par un pair ou un modèle perte récente (parent, ami, amour)	récent conflit majeur avec un parent

* Dimension additionnelle introduite par les auteurs du présent article.