

Les adolescents et les jeunes adultes

24-247-04W

Au Québec, le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les adolescents¹. Toutefois, au cours des 20 dernières années, le décès par suicide dans ce groupe a connu une baisse constante dans la province². À ce titre, en 2019, les adolescents affichaient le taux de suicide le plus bas (9,1 par 100 000 personnes) comparativement à l'ensemble de la population (13,3 par 100 000 personnes)². Pourtant, on estime que 10 % à 20 % des enfants et des jeunes canadiens sont susceptibles de développer des troubles mentaux, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants³. Ils peuvent aussi présenter des troubles mentaux graves comme la schizophrénie et la bipolarité³.

Les pensées suicidaires peuvent débuter pendant l'enfance et se complexifier à l'adolescence en l'absence de soins et services. Il a été démontré qu'un tiers des enfants de moins de 12 ans qui présentent des idéations suicidaires pendant l'enfance font des plans à l'adolescence, et 60 % de ces plans se concrétisent par une tentative de suicide⁵. De plus, l'adolescence correspond à une période charnière de la vie au cours de laquelle se produisent de multiples changements, notamment la transition vers la vie adulte. Ce contexte unique dans le parcours de vie est souvent marqué par plusieurs nouveaux défis et difficultés, comme le départ de la résidence parentale, la précarité d'emploi et de faibles moyens financiers⁶. Les nombreux changements qui s'y opèrent, les responsabilités, les confrontations et les désillusions font de l'adolescence une période de perturbation⁴.

Pourtant, malgré l'occurrence de l'adversité et le risque accru de souffrances psychologiques pouvant en découler, la recherche d'aide semble moins fréquente chez les adolescents que chez les adultes⁶.

Les autres facteurs de vulnérabilité associés au suicide chez les jeunes sont les antécédents de tentative de suicide, les troubles du comportement, la présence d'un ou de plusieurs troubles mentaux, notamment la dépression majeure et la dépendance aux substances psychoactives^{1,4,7,8}. Selon les résultats d'une étude, 50 % des adolescents ayant fait une tentative de suicide déclarent avoir consommé de l'alcool au moment de leur tentative⁸. D'autres variables à caractère externe sont aussi à considérer dans la liste des facteurs de risque comme un climat de conflit entre le jeune et ses parents, une histoire

marquée par la violence physique ou sexuelle, le deuil, pour ne citer que les principaux^{1,4,7}. Parallèlement aux éléments qui contribuent à accroître le risque, il y a aussi des facteurs de protection significatifs comme l'attachement du jeune à l'école et aux études, sa capacité de s'adapter au stress et le soutien de son réseau social. Tenant compte de ces particularités, il importe donc d'adapter l'intervention aux besoins particuliers et à la réalité de cette tranche de la population.

Les pensées suicidaires peuvent débuter pendant l'enfance et se complexifier à l'adolescence en l'absence de soins et services.



Pratiques à promouvoir

- **Chercher à repérer précocement les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire chez les jeunes.** Pour ce faire, des interventions de repérage gagnent à être implantées dans les endroits fréquentés par ceux-ci, par exemple au niveau des écoles et des services de première ligne médicale et psychosociale¹⁰.
 - **Promouvoir leur sentiment d'efficacité personnelle** (ex. : amélioration de l'estime de soi, de la représentation de sa personne)^{10,11}.
 - **Utiliser des approches permettant le renforcement des compétences personnelles et sociales**, notamment les habiletés en communication, en gestion du stress et en résolution de problèmes¹¹.
 - **Stimuler le développement du sentiment d'appartenance sociale**¹¹.
 - **Établir une alliance thérapeutique** qui procure aux jeunes un sentiment de confort, de sécurité et de contrôle. Éviter de créer une atmosphère angoissante basée sur le jugement ou la suspicion. **Comprendre, interpréter et coconstruire avec eux le processus d'intervention**¹³.
 - **Sensibiliser la jeune ou le jeune aux risques associés à la consommation abusive des substances psychoactives (alcool et drogue)**⁸.
 - **Porter une attention particulière aux jeunes présentant des troubles de comportements intériorisés ou extériorisés**, ainsi qu'à ceux se trouvant en situation de décrochage scolaire.
- **Référer et accompagner vers les services jeunesse appropriés**, le cas échéant. À ce titre, le programme-services Jeunes en difficulté, disponible dans les CISSS et CIUSSS de la province, regroupe des services destinés aux jeunes aux prises avec des troubles de développement ou de comportement ou qui présentent des difficultés d'adaptation sociale. Dans le même ordre d'idées, Aire ouverte représente une nouvelle modalité d'accès et de prestation de services pour les jeunes. Les centres de prévention du suicide offrent aussi des services spécialisés à ce type de clientèle.
 - Aire ouverte offre différents services adaptés à la réalité des jeunes âgés de 12 à 25 ans. Dans un point de service Aire ouverte, les adolescents et les jeunes adultes reçoivent un accueil et des services adaptés à leurs besoins. Le personnel est compétent et compréhensif et l'aide apportée se fait sans jugement, peu importe la situation, l'occupation et la condition de la personne. Pour plus d'information sur ce programme, nous vous invitons à consulter son cadre de référence à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003235/>
 - Fournir de l'assistance aux parents ayant un trouble mental et les accompagner vers les services appropriés selon leurs besoins. Il a été démontré que l'intervention auprès de ces parents et l'atténuation de leur trouble dépressif, notamment, peuvent contribuer à réduire la détresse psychologique chez les enfants et les jeunes^{10,12}.

Réalisation

L'Équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) a conçu les fiches « *Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques* » dans le cadre de la Politique gouvernementale de prévention en santé. Elles contribuent également à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 « Rallumer l'espoir ».

Rédaction principale

Medjine Léonard, IUPLSSS, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Consultation

Frédéric Gagné, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, MSSS

Direction artistique et design graphique

ouiflo.ca : Noémie Ledoux et Marie-Anne C. Duplessis

Les fiches « *Prévenir le suicide - besoins et réalités de groupes spécifiques* » présentent une synthèse de l'information sur les besoins et les réalités de groupes spécifiques en matière de prévention du suicide.

Elles s'ajoutent aux différents outils et formations développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ses mandataires pour favoriser la prévention du suicide au Québec. Les professionnels et intervenants sont d'ailleurs encouragés à suivre la formation « *Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus : susciter l'espoir et estimer le danger* »* pour organiser leurs interventions en fonction d'un processus clinique structurant en prévention du suicide.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie annuellement des données sur les comportements suicidaires au Québec. Elles sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/sujets/suicide>. Les différents acteurs en prévention du suicide sont invités à s'y référer.

Il est à noter que la présente fiche ne se substitue pas au jugement clinique des intervenants. Ce jugement doit s'exercer au moment de recourir aux pratiques présentées dans cette fiche, et ce, dans l'optique d'en arriver à une prise de décision éclairée pour intervenir auprès d'une personne qui pense au suicide ainsi qu'auprès de son entourage.

* La formation est accessible via l'Environnement numérique d'apprentissage pour les intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et via la plateforme FCP-Partenaires pour les intervenants des organismes et partenaires.

Bibliographie

1. Cournoyer, M., Labelle, R., Berthiaume, C. et Bergeron, L. (2016). Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents ? Analyses selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 41-62. <https://doi.org/10.7202/1039157ar>
2. Levesque, P., Mishara, B. et Perron, P. A. (2022). Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
3. Institut canadien d'information sur la santé (2015). Les soins aux enfants et aux jeunes atteints de troubles mentaux - tableaux de données. <https://www.cihi.ca/fr/les-soins-aux-enfants-et-aux-jeunes-atteints-de-troubles-mentaux-tableaux-de-donnees> (Consulté le 10 juin 2022).
4. Bedwani, N. C. (2015). *L'adolescent suicidaire, le reconnaître, le comprendre et l'aider*. Éditions du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine.
5. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. et Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
6. MacKinnon N. et Colman I. (2016). Factors Associated with Suicidal Thought and Help-Seeking Behaviour in Transition-Aged Youth versus Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 61(12). 789-796.
7. Ati, N. A. L., Paraswati, M. D., Windarwati, H.D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents ? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 34(1).7-18.
8. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2016). *Substance Use and Suicide among Youth: Prevention and Intervention Strategies*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-Suicide-Prevention-Youth-Summary-2016-en.pdf>
9. Davis, R.E., Doyle, N. et Nahar, V.K. (2019). Association between prescription opioid misuse and dimensions of suicidality among college students. *Psychiatry Research*. 287(3).
10. Horowitz L., Tipton M.V. et Pao, M. (2020). Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide. *Pediatrics*.145(2) S195-S203.
11. Lane, J., J. Archambault, M. Collins-Poulette et R Camirand (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751>
12. Goodman S. H et Garber J. (2017). Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child Development*. 88(2). 368-377.
13. Binder, P. (2005) Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *La revue du praticien*. 55. 1073-1077.