



Université de Montréal

Les facteurs de protection d'adolescents et d'adolescentes atteints d'un trouble  
de l'humeur et présentant un risque suicidaire

par  
Jessica Rassy

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès en sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières

Décembre, 2011

© Jessica Rassy, 2011

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :  
Les facteurs de protection d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et  
présentant un risque suicidaire

Présenté par :  
Jessica Rassy

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M Jean-Pierre Bonin, Ph.D.  
directeur de recherche

Mme Francine Gratton, Ph.D.  
membre du jury

Mme Caroline Larue, Ph.D.  
membre du jury

Mémoire accepté le : 26 mars 2012

## Sommaire

Au niveau mondial, la mort par suicide occupe fréquemment la deuxième ou troisième place des causes de décès chez les adolescents (AIPS, 2009). Afin de prévenir le suicide chez les jeunes, une meilleure compréhension des facteurs associés s'avère donc nécessaire. La présente étude avait pour but d'identifier les facteurs de protection d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Pour ce faire, un questionnaire relatant les habitudes de vie et facteurs psychosociaux a été analysé. Le risque suicidaire a été évalué à partir de la version adaptée pour adolescents du SAD PERSONS Scale (Juhnke, 1994). L'échantillon de l'étude comprenait 101 jeunes de 12 à 17 ans atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Des analyses descriptives, des tests de t, des analyses de variance, des corrélations et des régressions ont été utilisées afin de vérifier la relation entre le risque suicidaire et les facteurs de protection. Il ressort que, pour les adolescents de l'étude, être satisfait du soutien reçu, avoir un bon soutien affectif parental, avoir plusieurs sources de lecture par semaine, souper plusieurs fois avec sa famille par semaine, ne pas fumer de cigarette, ne pas avoir beaucoup d'amis qui fument la cigarette, ne pas consommer d'alcool, ne pas consommer de drogue ainsi que de ne pas mélanger la consommation d'alcool et de drogue peuvent tous agir, individuellement, comme facteurs de protection du suicide chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Par ailleurs, les analyses effectuées ne révèlent aucune relation significative entre les habitudes scolaires, l'activité physique, les habitudes de sommeil, l'estime de soi et le risque suicidaire des adolescents de l'étude. Enfin, miser sur les facteurs de protection du suicide identifiés par la présente étude constitue une nouvelle piste intéressante pour les infirmières et des recommandations pour la recherche et la pratique infirmière sont suggérées.

Mots clés: adolescents, suicide, facteurs de protection, trouble de l'humeur, habitudes de vie, risque suicidaire

## Summary

Adolescent suicide often represents the second or third leading cause of death for this age group throughout the world (AIPS, 2009). In order to prevent adolescent suicide, a better understanding of the factors associated with suicidal risk is necessary. The aim of this study was to identify the protective factors of adolescents with mood disorders and suicidal risk. Life habits and psychosocial factors were evaluated by an auto-administrated questionnaire. The adapted version of the SAD PERSONS Scale (Patterson, Dohn, Bird & al, 1983) for children and adolescents (Juhnke, 1994) was used to evaluate the suicidal risk. The sample of this study included 101 teenagers, aged between 12 and 17 years old, who had a mood disorder and a suicidal risk. Descriptive analysis, T-tests, variance analysis (ANOVA), correlation analysis and multiple regressions were conducted to examine the relationship between the suicidal risk (dependant variable) and the life habits and psychosocial factors (independent variables). The results indicate that, for 12 to 17 year olds, being satisfied with the support received, having good parental support, having many different sources of reading, eating supper with their family frequently, not smoking cigarettes, not having many friends who smoke cigarettes, not drinking, not doing drugs and not drinking and doing drugs simultaneously can all act as individual protective factors for suicidal risk. On the other hand, the results of this study do not show any statistically significant relations between school habits, physical activity, sleep habits, self-esteem and suicidal risk for teenagers with mood disorders. Finally, examining protective factors seems to be useful in helping teens with mood disorders and suicidal risk. The results of this study encourage nurses to include protective factors in their evaluation of suicidal adolescents and interventions. Research and clinical recommendations are therefore suggested.

Key words: adolescent, teenager, suicide, suicidal risk, mood disorder, protective factors

## Table des matières

Identification du jury .....	p.ii
Sommaire .....	p.iii
Summary .....	p.iv
Liste des tableaux .....	p.vii
Liste des sigles et des abréviations .....	p.ix
Remerciements.....	p.x
Problématique.....	p.1
But de l'étude.....	p.7
Questions de recherche.....	p.7
Recension des écrits.....	p.8
Épidémiologie du suicide .....	p.9
Définition des termes .....	p. 10
Adolescence et suicide .....	p.11
Trouble de l'humeur et suicide.....	p.13
Sexe et suicide .....	p.13
Statut socioéconomique et suicide .....	p.14
Les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux des adolescents .....	p.15
Facteurs de protection du suicide.....	p.17
Habitudes de vie et facteurs psychosociaux qui peuvent agir comme facteurs de protection .....	p.18
Habitudes scolaires .....	p.18
Travail rémunéré .....	p.20
Activité physique .....	p.21
Loisirs.....	p.22
Habitudes de sommeil.....	p.23
Habitudes alimentaires.....	p.24
Habitudes de consommation .....	p.25
Estime de soi.....	p.28
Soutien social .....	p.30
Soutien parental .....	p.31
Méthode.....	p.35
Approche, devis de recherche et variables à l'étude .....	p.36
Échantillon .....	p.36
Instruments de collecte de données .....	p.36
Définition conceptuelle et opérationnelle des variables .....	p.37

Analyse des données .....	p.44
Aspects éthiques .....	p.44
Retombées .....	p.44
Résultats .....	p.46
Description de l'échantillon .....	p.47
Description des résultats obtenus au SAD PERSONS Scale .....	p.48
Description des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux des participants .....	p.49
Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et le SAD PERSONScale .....	p.57
Relation entre les habitudes de vie et le SAD PERSONS Scale .....	p.57
Relation entre les facteurs psychosociaux et le SAD PERSONS Scale .....	p.64
Relation entre les variables significatives des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux .....	p.67
Discussion .....	p.70
Description de l'échantillon et des variables sociodémographiques .....	p.71
L'effet des variables sociodémographiques sur le SAD PERSONS Scale ...	p.72
L'effet des habitudes de vie et facteurs psychosociaux des participants sur le SAD PERSONS Scale .....	p.73
Relation entre les variables significatives .....	p.83
Recommandations pour la recherche .....	p.84
Recommandations pour la pratique infirmière .....	p.85
Conclusion .....	p.87
Références .....	p.90
Appendice .....	p.xc
Appendice A- Le modèle « Sunrise » .....	p.civ

*Liste des tableaux*

Tableau		Page
1	Distributions de fréquence des caractéristiques sociodémographiques des participants.....	48
2	Répartition des participants selon le score du SAD PERSONS Scale.....	49
3	Les habitudes scolaires des participants.....	50
4	Le travail des participants.....	50
5	Les activités physiques des participants.....	51
6	Les loisirs des participants.....	51
7	Les habitudes de sommeil des participants.....	52
8	Les habitudes alimentaires des participants.....	53
9	La consommation de cigarette des participants.....	54
10	La consommation de drogue et/ou d'alcool des participants.....	55
11	L'estime de soi des participants.....	55
12	Le soutien social et parental des participants.....	56
13	Analyse de Test-T entre les variables des habitudes de vie/facteurs psychosociaux et le SAD PERSONS Scale.....	58
14	Anova entre les habitudes scolaires et le SAD PERSONS Scale.....	59
15	Anova entre l'activité physique et le SAD PERSONS Scale.....	60
16	Anova entre les habitudes de sommeil des participants et le SAD PERSONS Scale.....	60
17	Anova entre l'alimentation et le SAD PERSONS Scale.....	61
18	Anova entre la consommation de cigarette et le SAD PERSONS Scale.....	62
19	Anova entre la consommation d'alcool et le SAD PERSONS Scale.....	63

20	Analyse de corrélations de Pearson entre le nombre de sources de lectures et le nombre de loisirs avec le SAD PERSONS Scale.....	63
21	Anova entre l'estime de soi et le SAD PERSONS Scale.....	64
22	Anova entre le soutien social et le SAD PERSONS Scale.....	65
23	Anova entre le soutien parental et le SAD PERSONS Scale.....	66
24	Chi-carré entre les variables significatives des habitudes de vie et des facteurs de protection.....	68
25	Régression multiple des variables des habitudes de vie sur le risque suicidaire.....	69

*Liste des sigles et des abréviations*

AIP	Association internationale pour la prévention du suicide
CTH	Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies
ESSEA	Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois
HRDP	Hôpital Rivière-des-Prairies
INSPQ	Institut National de santé publique du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé

## *Remerciements*

En premier lieu, je tiens à remercier sincèrement Monsieur Jean-Pierre Bonin, Ph.D., directeur de ce mémoire et envers qui je serai toujours reconnaissante. Sa disponibilité, son soutien, son expertise et son aide m'ont permis de vivre une expérience unique et enrichissante qui restera gravée dans ma mémoire à jamais.

Ensuite, je tiens à remercier le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) pour avoir cru en mon projet et pour m'avoir accordé un soutien financier qui a grandement aidé à la réalisation de ce projet. J'aimerais également remercier l'Hôpital Rivière-des-Prairies sans qui le projet n'aurait jamais eu lieu. Merci au comité d'éthique de la recherche (CÉR) et au comité scientifique pour leurs commentaires judicieux et pour m'avoir permis de réaliser mon projet à l'HRDP. Merci à l'équipe de la Clinique des troubles de l'humeur, particulièrement Dr. Jean-Jacques Breton, Dr. Réal Labelle et Mme Sylvie Raymond pour leur collaboration, leur soutien et pour m'avoir donné accès à leur précieuse banque de données. Merci à Mme Nathalie Maltais, conseillère à la direction des soins infirmiers de l'HRDP et Mme Sylvie Saindon, infirmière clinicienne à l'HRDP, pour leur disponibilité, leur encouragement, leur enthousiasme, leur professionnalisme et leur grand collaboration dans la collecte de données.

Enfin, j'aimerais remercier mon frère, Samy et mes amis qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ces deux grosses années. J'aimerais surtout remercier mes parents, Ramez et Johanne, pour avoir cru en moi et pour m'avoir soutenue inconditionnellement depuis toujours. Merci pour tout.

## *PROBLÉMATIQUE*

Bien que les taux de suicide aient diminué au cours des dernières années un peu partout dans le monde, depuis la fin des années 1960, ce taux a augmenté de façon significative, soit de 60% (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2010). Le suicide causerait la mort d'environ un million de personnes par année, soit près de 16 habitants par 100,000 et les tentatives de suicide seraient de 10 à 20 fois plus élevées (OMS, 2010; Association internationale pour la prévention du suicide (AIPS), 2008).

Au niveau mondial, le suicide représente la deuxième cause de décès chez les deux sexes, et ce, tous les âges confondus (OMS, 2010). Selon l'AIPS (2009), la mort par suicide chez les adolescents et les jeunes adultes occupe fréquemment la deuxième ou troisième place dans les causes de mort de la majorité des pays industrialisés. Le suicide se retrouve également en deuxième place dans les causes de décès chez les adolescents canadiens de 15 à 24 ans (Statistique Canada, 2007). Au cours de l'année 2008, il y a eu 1 103 cas de suicide au Québec, dont 50 étaient des jeunes de 0 à 19 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). Malgré la diminution moyenne d'environ 4 % du nombre de cas de suicides par année depuis 1999 (Gagné & Saint-Laurent, 2010), le suicide demeure la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans, ce qui correspond à environ le tiers des décès pour ce groupe d'âge (OMS, 2010; Statistique Canada, 2007; Institut de la statistique du Québec, 2007).

Afin de prévenir le suicide chez les jeunes, une meilleure compréhension des facteurs associés au comportement suicidaire est nécessaire (Walsh & Eggert, 2007). Selon le modèle écologique de White & Jodoin (1998), il existe quatre types de facteurs qui influencent le comportement suicidaire, soient les facteurs contributants, précipitants, prédisposants et de protection. Les trois premiers facteurs mentionnés sont tous des facteurs de risque, soit des facteurs qui peuvent augmenter le risque suicidaire, c'est-à-dire la probabilité qu'une personne qui signale son intention pose un geste suicidaire dans les deux prochaines années (Séguin & Terra, 2004). D'un autre côté, les facteurs de protection favorisent l'adaptation et le bon fonctionnement de la personne ce qui permet de réduire le risque d'un passage à l'acte suicidaire. (Beauvais & al.,

2006 et Laflamme, 2007). Ils se composent de facteurs biopsychosociaux qui aident la personne à affronter les défis et les situations difficiles de la vie de tous les jours (Laflamme, 2007). Considérant que les facteurs de risque ne sont pas tous modifiables, une meilleure compréhension des facteurs de protection, surtout chez les adolescents, s'avère nécessaire (Donald, Dower, Correa-Velez & Jones, 2006). Toutefois, peu d'études s'intéressent à identifier ces facteurs individuels, familiaux et communautaires susceptibles de prévenir le développement de comportements suicidaires chez les jeunes (Beautrais, 2000). Chez les adolescents, il devient donc pertinent d'identifier les facteurs de protection du suicide afin d'intervenir sur ceux-ci dans les programmes de prévention du suicide. Pour ce mémoire, étant donné la forte prévalence entre le risque suicidaire et les troubles de l'humeur, qui sera discutée plus tard, l'échantillon sera composé uniquement d'adolescents<sup>1</sup> atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'impact de certains facteurs concernant le suicide mais on constate que la plupart des études visaient à identifier les facteurs de risque du suicide chez les adolescents plutôt que les facteurs de protection. Tout d'abord, comme le soulignent Kidd & al. (2006), plusieurs facteurs scolaires tels la performance, la relation avec les pairs et les professeurs ainsi que la fréquentation scolaire peuvent influencer le risque suicidaire. Cheng & al. (2009) ont également identifié le décrochage et les difficultés scolaires comme facteurs de risque pour le suicide. Toutefois, on ne sait pas si les habitudes scolaires peuvent influencer positivement les adolescents québécois au point de se transformer en facteur de protection pour ceux-ci contre le suicide. Ensuite, les mauvaises habitudes de sommeil ainsi que les troubles alimentaires ont également été explorés en tant que facteurs de risque pour le suicide. Tel que souligné par Goldstein, Bridge & Brent (2008), les adolescents ayant complété un suicide avaient un niveau plus élevé de troubles du sommeil, d'insomnie et /ou d'hypersomnie. D'autre part, Brausch & Gutierrez

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, le masculin inclut le féminin.

(2009) ont souligné que les adolescents ayant un trouble alimentaire sont plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires. Par la suite, les chercheurs Roberts, Roberts & Xing (2010) ont identifié la drogue, surtout la marijuana, et l'alcool comme étant deux des facteurs de risque pour le suicide, et ce, surtout chez des adolescents ayant déjà fait des tentatives antérieurement. Les études de Windie (2004) ainsi que de Denny & al. (2007) ont aussi souligné que le risque de tentatives suicidaires chez les adolescents augmente de façon significative lorsqu'ils consomment de l'alcool abusivement. Les jeunes qui fument la cigarette ont également tendance à avoir plus d'idées suicidaire et à s'automutiler (Mäkikyrö & al., 2004). Par contre, parmi les études mentionnées ci-haut, aucune n'a vérifié si le fait de s'abstenir de consommer pouvait agir comme facteur de protection contre le suicide ce qui démontre la pertinence d'explorer cet aspect dans ce mémoire.

De plus en plus d'études commencent à explorer les facteurs de protection plutôt que les facteurs de risque. Dans une étude effectuée au Colorado, Jessor & al. (1998) ont évalué les facteurs de protection qui influencent la santé des adolescents en général. Par contre, très peu d'études se sont penchées sur les facteurs de protection du suicide et encore moins auprès d'une clientèle adolescente. En premier lieu, le soutien social a été identifié comme facteur de protection contre le suicide (Malone & al., 2000 ; Donald et al., 2006). Par contre, les échantillons étudiés étaient composés d'adultes seulement. Au Québec, une étude s'est penchée sur le soutien social comme facteur de protection du suicide pour les adolescents mais les résultats n'ont pas révélé de liens significatifs (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003). En deuxième lieu, le soutien parental a également été identifié comme facteur de protection contre le suicide et cette fois-ci chez une clientèle adolescente (Flouri & Buchanan, 2002). En troisième lieu, dans une étude qui s'est déroulée en Turquie, l'estime de soi a été identifiée comme facteur de protection contre le suicide chez les adolescents (Eskin & al., 2007). Au Québec, l'étude de Pronovost, Leclerc & Dumont (2003) identifie également l'estime de soi comme

étant un facteur de protection du suicide chez les adolescents québécois. Toutefois, les adolescents en question n'avaient pas nécessairement un trouble de l'humeur. Enfin, plusieurs études portent sur la relation entre l'activité physique et la santé, tant physique que mentale (Taliaferro & al., 2008). Cependant, peu d'études se sont penchées sur la protection que l'activité physique et les loisirs peuvent amener chez les adolescents qui présentent un risque suicidaire, d'où l'importance de poursuivre les études à ce sujet auprès d'une clientèle adolescente atteinte d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.

Dans l'étude actuelle, nous nous intéressons à des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur ayant un suivi de troisième ligne pour leur risque suicidaire. Au Québec, il existe une hiérarchisation des services de la santé, plus précisément de la santé mentale (Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2008). Tout d'abord, il y a les services de première ligne, soit les services médicaux et sociaux généraux qui traitent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale légers et qui orientent les patients vers la deuxième et troisième ligne. Ensuite, il y a les services de deuxième ligne, soit les services médicaux et sociaux spécialisés qui évaluent et traitent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale modérés et qui peuvent orienter les patients vers la troisième ligne. Puis, il y a les services de troisième ligne, soit les services médicaux et sociaux surspécialisés qui évaluent et traitent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sévères et/ou persistants. Il est donc possible de croire que le risque suicidaire des adolescents vus en troisième ligne soit plus élevé qu'en première et deuxième ligne. Cette étude souhaite donc identifier les facteurs de protection de cette clientèle adolescente qui est fort probablement très à risque. De plus, il existe un lien significatif entre le risque suicidaire et les troubles de l'humeur. Plus précisément, dépendamment des études, le risque suicidaire serait de 30 à 76 fois plus élevé chez les personnes souffrant de ces troubles (Flisher, 1999). C'est donc pour cette raison qu'en plus de faire partie de la troisième ligne de services, les adolescents retenus pour

cette étude sont également tous atteints d'un trouble de l'humeur. Les résultats de cette étude pourront possiblement contribuer au développement d'interventions infirmières et psychoéducatives, tant pour des adolescents ayant un suivi de troisième ligne pour leur risque suicidaire que pour ceux recevant un suivi de première et de deuxième lignes, ce qui pourrait diminuer le risque suicidaire et prévenir des tentatives suicidaire chez les adolescents québécois.

En 1999, l'Institut de la statistique du Québec a mené une enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents Québécois (ESSEA) (Aubin & al., 2002). Cette enquête avait pour but de dessiner le portrait santé des jeunes au Québec afin de pouvoir développer des stratégies efficaces et concrètes pour accroître leur santé et leur bien-être. 3 665 jeunes de 9 ans, 13 ans et 16 ans ont répondu aux différents instruments de collecte de données selon l'âge. Plus précisément, de cet échantillon, 1 186 sujets avaient 13 ans et 1 212 sujets avaient 16 ans. À partir des questions et résultats des jeunes de 13 et 16 ans de cette enquête, un questionnaire sur les habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents a été créé et utilisé auprès d'adolescents de 12 à 17 ans de la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP). Depuis l'ouverture de la CTH en 2006, une centaine d'adolescents de 12 à 17 ans atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire ont complété ce questionnaire dans le cadre d'une évaluation initiale. Cette précieuse banque de données est donc utilisée pour ce mémoire dans le but d'identifier les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux susceptibles d'agir comme facteur de protection contre le suicide. Il s'agit d'une analyse secondaire des données. En identifiant ces habitudes de vie et ces facteurs psychosociaux qui agissent comme facteurs de protection, les professionnels de la santé, plus particulièrement les infirmières, pourront intervenir auprès de ceux-ci en souhaitant diminuer ainsi le risque suicidaire des jeunes et prévenir des tentatives suicidaires, soit les actes faits par des personnes dans le but de se suicider, que cela fonctionne ou non (Mishara & Tousignant, 2004). Les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux, tirées de

l'enquête mentionnée ci-haut, qui pourraient agir comme facteurs de protection retenues pour ce mémoire sont les habitudes scolaires, le travail rémunéré, les loisirs, les habitudes alimentaires, les habitudes de sommeil, les habitudes de consommation (cigarette, drogue et/ou alcool), l'estime de soi, le soutien social ainsi que le soutien parental.

### *But de l'étude*

Identifier les facteurs de protection d'adolescents et d'adolescentes de 12 à 17 ans atteints d'un trouble de l'humeur, suivis à la CTH et présentant un risque suicidaire.

### *Questions de recherche*

1. Quels sont les habitudes de vie qui agissent comme facteurs de protection chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire?
2. Quels sont les facteurs psychosociaux qui agissent comme facteurs de protection chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire?

*RECENSION DES ÉCRITS*

Afin de bien situer le sujet à l'étude, une recension des écrits exhaustive s'avère nécessaire. Pour ce, une analyse de l'état des connaissances actuelles au sujet du suicide chez les adolescents sera effectuée. Celle-ci comprend une épidémiologie du suicide, une définition des termes courants liés au suicide, l'adolescence et le suicide, les troubles de l'humeur et le risque suicidaire, le sexe et le risque suicidaire, le statut socioéconomique, les habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents, les facteurs de protection du suicide et enfin, les habitudes de vie et facteurs psychosociaux qui agissent comme facteurs de protection contre le suicide. Les habitudes de vie qui pourraient agir comme facteurs de protection retenues pour ce mémoire sont les habitudes scolaires, le travail rémunéré, les loisirs, les habitudes alimentaires, les habitudes de sommeil ainsi que les habitudes de consommation (cigarette, drogue et/ou alcool). Les facteurs de psychosociaux retenus sont l'estime de soi, le soutien social et le soutien parental.

### *Épidémiologie du suicide*

Malgré une faible diminution du nombre de personnes qui s'enlèvent la vie annuellement, le suicide demeure une préoccupation mondiale importante. Chaque année, près d'un million de personnes meurent par suicide, soit environ une personne toutes les quarante secondes (OMS, 2010). Au Canada, le suicide représentait, en 2007, la dixième cause de décès chez les deux sexes et chez tous les âges confondus (Statistique Canada, 2007). Si l'on situe le Québec au niveau mondial en distinguant les deux sexes, le taux de mortalité par suicide en 2006 se situe au cinquième rang pour les hommes avec 22,7% et au neuvième rang pour les femmes avec 6,3% (Gagné & St-Laurent, 2010). En 2005, le taux de mortalité par suicide correspondait à la cause la plus importante de décès au Canada. Comparativement au Québec, cette année-là, le nombre total de mortalité par suicide était de 23,8% chez les hommes et 6,6% chez les femmes.

Selon une récente étude de l'OMS (2010), le suicide a été identifié comme la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 24 ans. Au Canada, le suicide se retrouve également au deuxième rang pour les causes de décès des

garçons et des filles de 15 à 24 ans (Statistique Canada, 2007). Après les accidents de la route, le suicide est aussi la deuxième cause de décès et enlève la vie d'environ 21% des adolescents Québécois de 15 à 19 ans (Institut de la Statistique du Québec, 2007). Par ailleurs, le rapport de l'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ) sur la mortalité par suicide démontre une baisse du nombre de décès par suicide entre 1999 et 2008, plus particulièrement chez les adolescents de 15 à 19 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). Cette diminution est d'environ 12% par année. Par contre, si on compare les années 2006 et 2008, on remarque une augmentation de 6 décès chez les adolescents de 15 à 19 ans. Le taux de suicide demeure également plus élevé chez les garçons que chez les filles pour des raisons qui seront discutées plus tard. Il devient donc évident que le suicide demeure une préoccupation importante pour la santé des adolescents québécois.

### *Définition des termes*

Afin de bien comprendre la problématique du suicide, une définition de certains concepts-clés s'avère nécessaire. Tout d'abord, un suicide complété est un « Acte délibéré causant la mort et accompli par une personne contre elle-même » (AQPS, 2003). Afin de prévenir le suicide, ce mémoire portera sur les adolescents ayant un risque suicidaire, c'est-à-dire « la probabilité ou la possibilité qu'une personne qui signale son intention pose un geste suicidaire dans les deux prochaines années » (Séguin & Terra, 2004). Les adolescents à risque de se suicider présentent des idées suicidaires, c'est-à-dire « toute forme de pensée qui révèle une intention possible du suicide ou qui tend vers cette intention mais où l'acte n'est pas posé » (AQPS, 2003). Certains ont même fait des tentatives de suicide, soit « des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se tuer; ces actes n'aboutissent pas toujours à la mort » (Mishara & Tousignant, 2004 et Phaneuf & Séguin, 1987; Laflamme, 2007). Ils présentent donc tous des conduites suicidaires, c'est-à-dire « l'ensemble des manifestations

suicidaires allant de l'idée suicidaire passagère jusqu'au suicide complété » (Beauvais & al., 2006).

### *Adolescence et suicide*

L'adolescence est une période de changement et de maturation au niveau affectif, psychologique, physique, cognitif, éducatif et social. Tel que mentionné par Bee et Boyd (2003), le concept du soi et l'estime de soi sont en réorganisation puisque l'adolescent est en recherche d'identité. Les relations sociales sont grandement affectées lors de ce stade de vie. L'adolescent recherche de plus en plus d'autonomie, ce qui se manifeste souvent par des relations plus conflictuels avec ses parents. Les amis prennent davantage de place et d'importance dans la vie du jeune. Durant ce stade, les amis sont souvent choisis en fonction des activités et champs d'intérêts communs tels la musique, le sport ou la danse (Bee & Boyd, 2003). Les activités sportives et les loisirs prennent donc de plus en plus d'importance dans la vie du jeune. Aussi, une mauvaise expérience à l'adolescence peut entraîner plusieurs conséquences, surtout en ce qui a trait à la dépression et au suicide (Shaffer, 2004 ; Greydanus & Calles, 2007; Lagges & Dunn, 2003; Glied & Pine, 2002; Son & Kirchner, 2000), et ce, bien que les facteurs qui interviennent dans ces types de problèmes soient multiples et complexes. Entre autres, l'isolement et le rejet des pairs ont un énorme impact dans la vie de l'adolescent et peuvent augmenter le risque suicidaire (Breton, 2004 ; Durand, 2007). Du point de vue du jeune, le temps paraît également plus long et une période de quelques mois peut correspondre à plusieurs années pour lui, ce qui peut rapidement provoquer un sentiment de découragement (Durand, 2007). Les changements pubertaires, le changement d'école, les conflits familiaux, les pertes et les difficultés amoureuses sont également plus difficiles à gérer à l'adolescence et peuvent évoluer d'une source de stress à des facteurs de risque pour le suicide (Bee & Boyd, 2003; Durand, 2007; Beauvais & al., 2006). Tel que mentionné par Laflamme (2007), chez les adolescents, un passage à l'acte peut être provoqué

par l'impulsivité, la consommation de drogue ou d'alcool, une maladie mentale ou l'accumulation de situations difficiles. L'adolescence est également la période où le nombre de tentatives suicidaires est le plus élevé, surtout chez les filles (Shaffer, 2004; Greydanus & Calles, 2007). Les garçons de 15 à 19 ans, quant à eux, présentent un taux cinq fois plus élevé de suicides complétés que les filles du même âge (Maris, 2002).

L'âge de l'adolescent semble également avoir un lien avec le risque suicidaire. D'ailleurs, Brent & al. (1999) ont voulu examiner l'impact de l'âge de 140 adolescents victimes de suicide sur leur risque suicidaire. Les résultats de cette étude soulignent que les adolescents de plus de 16 ans avaient un risque suicidaire plus élevé dû à une plus grande prévalence d'abus de substance, de psychopathologie et d'une plus grande intention suicidaire. Dans le même ordre d'idées, Groholt & al. (1998) ont comparé les facteurs de risque du suicide chez les adolescents de moins de 15 ans et chez ceux de 15 ans et plus. Les résultats démontrent que le risque suicidaire plus élevé chez les adolescents plus vieux semble être relié au fait que ces derniers sont confrontés à plus de facteurs de risque que les plus jeunes. Au Québec, le nombre de décès par suicide est également plus élevé chez les adolescents de plus de 15 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). Plus précisément, selon les données de l'INSPQ en 2008, 41 jeunes de 15 à 19 ans se sont enlevé la vie comparativement à 9 jeunes de moins de 15 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). Il est donc pertinent de prendre en considération l'âge des adolescents.

Comparativement aux adultes, le processus suicidaire peut s'effectuer de façon très différente chez les adolescents. Selon Chagnon, Houle & Renaud (2002), il existe deux trajectoires possibles. Premièrement, le suicide peut s'effectuer de façon soudaine, ce qui peut être relié à un premier épisode dépressif. Deuxièmement, il peut y avoir chez des adolescents une comorbidité de trouble mental, de trouble de la conduite et d'abus de drogue, d'alcool et/ou de substances. Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les causes du suicide chez les adolescents. Shaffer & al. (1996) rapportent qu'environ 90% des enfants

et adolescents qui sont passés à l'acte avaient un ou plusieurs problèmes de santé mentale. De ces problèmes, les troubles de l'humeur se retrouvent au premier rang, les troubles de dépendance ou d'abus substance (drogue ou alcool) au deuxième puis les troubles de la conduite au troisième rang (Beauvais & al., 2006; Shaffer & al., 1996). Étant donné la forte prévalence entre le risque suicidaire et les troubles de l'humeur, l'échantillon de ce mémoire sera donc composé d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.

### *Trouble de l'humeur et suicide*

Tel que mentionné par Lejoyeux, Leon & Rouillon (1994), les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ont un risque suicidaire 30 fois plus élevé que la normale. Dans une étude américaine, Shafii & al. (1988) ont fait l'autopsie psychologique de 21 jeunes de 11-19 ans qui s'étaient suicidés dans le but d'identifier les comorbidités de troubles psychiatriques présents au moment du décès. Les résultats de l'étude démontrent que 81% des victimes avaient deux maladies mentales ou plus et, de ces victimes, 76% avait un trouble de l'humeur. Tel que mentionné par Flisher (1999), il importe d'étudier la relation entre les troubles de l'humeur et le suicide chez les adolescents puisqu'il existe des traitements efficaces pour les troubles de l'humeur. De tous les troubles de l'humeur, de nombreuses études ont démontré que les personnes atteintes de dépression ou d'épisode dépressif sont beaucoup plus sujets à développer des idées suicidaires et à avoir un risque suicidaire élevé (Shafii & al., 1988; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Angst & al., 2002; Kessler, 2001; Birkeland, Torsheim & Wold., 2009; Deykin, Levy & Wells, 1987; Dumont & Provost, 1999; Gangwisch & al., 2010; Halfors & al., 2004).

### *Sexe et suicide*

Plusieurs études démontrent que les comportements suicidaires varient selon le sexe (Canetto, 1997; Pronovost, Leclerc & Dumont, 1997; Blair-West &

al., 1999; Smalley, Scourfield & Greenland, 2005). Au niveau international, les hommes ont un taux nettement plus élevé de suicides complétés comparativement aux femmes qui font davantage des tentatives suicidaires (Smalley, Scourfield & Greenland, 2005). En Australie, Blair-West et al. (1999) ont exploré le lien entre le sexe et la prévalence de dépression majeure et de risque suicidaire. Les résultats de leur étude démontrent, tout d'abord, que le risque qu'une personne se suicide dans sa vie est de 7% chez les hommes et 1% chez les femmes. Pour les jeunes de 25 ans et moins, le ratio garçons : filles est de 10 :1. De plus, en Angleterre et au pays de Galles, 78% des suicides rapportés aux coroners étaient des hommes (Home office, 2002; Smalley, Scourfield & Greenland, 2005). Aux États-Unis, le ratio de suicides complétés chez les garçons et les filles de 15 à 19 ans est de 5 :1 tandis que le nombre de tentatives demeure le plus élevé chez les filles (Shaffer, 2004; Greydanus & Calles, 2007). Au Québec, le nombre de décès par suicide est également plus élevé chez les hommes que chez les femmes, soit le ratio 3 :1 entre 2006 et 2008 (Gagné & St-Laurent, 2010). Selon Pronovost, Leclerc & Dumont (1997), les filles présentent, encore une fois, un risque suicidaire plus élevé que les garçons. Pour ce qui est du moyen le plus utilisé au Québec, 53% des hommes et 39% des femmes qui se sont enlevés la vie l'ont fait par pendaison, strangulation ou asphyxie (Gagné & St-Laurent, 2010). Ce moyen figure au premier rang des méthodes utilisées tant chez les hommes que les femmes. Le sexe influence donc le risque suicidaire et à cet effet, pour ce mémoire, des analyses seront effectuées entre le sexe et le risque suicidaire.

### Statut socioéconomique et suicide

Le statut socioéconomique constitue un autre facteur sociodémographique qui semble influencer le risque suicidaire. Tel que mentionné par Heikkinen, Aro & Lonnqvist (1993), la sécurité financière ainsi qu'un emploi stable peuvent agir comme facteurs de protection du suicide. Dans une étude sur les facteurs de protection de 849 sujets de 14 à 21 ans ayant un risque suicidaire, Sharaf,

Thompson & Walsh (2009) rapportent que 45% des participants considéraient leur statut financier meilleur que celui des autres de leur âge. D'un autre côté, en Islande, Bernburg, Thorlindsson & Sigfusdottir (2008) ont examiné l'effet de la pauvreté sur les comportements suicidaires de 5331 adolescents. Plus précisément, ils ont évalué si le fait de vivre dans une communauté dont la majorité des familles vivaient sous le seuil de la pauvreté avait un impact sur les comportements suicidaires. Les résultats des analyses de régression de cette étude relatent que la pauvreté augmente le risque de comportements suicidaires chez les adolescents, entre autres parce qu'ils tendent à s'associer à d'autres jeunes suicidaires. Les résultats d'une étude menée auprès de 21 169 personnes âgées de 9 à 103 ans qui se sont suicidées démontrent que les hommes réagissent plus que les femmes en ce qui a trait au statut socioéconomique, ce qui augmente leur risque suicidaire (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003). De plus, l'étude rapporte un statut socioéconomique à la baisse chez les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Par ailleurs, dans leur étude sur l'environnement familial et les idéations suicidaires de jeunes souffrant de troubles bipolaires, Goldstein & al. (2009) ont analysé le statut socio-économique de 446 jeunes de 7 à 17 ans. Toutefois, les résultats ne démontrent pas de différence significative entre le statut socioéconomique d'adolescents ayant et n'ayant pas d'idéations suicidaires. Cette divergence de résultats des études mentionnées ci-haut démontre la pertinence d'examiner le lien entre le risque suicidaire et le statut socioéconomique des jeunes atteints d'un trouble de l'humeur.

#### Les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux des adolescents

À l'adolescence, les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux exercent un impact majeur sur la santé (Bee & Boyd, 2003). Tel que mentionné par Lee, Loke, Wu & Ho (2010), lorsque les habitudes de vie sont adoptées durant l'adolescence, il devient beaucoup plus difficile pour les adultes de les modifier, ce qui démontre l'importance d'adopter de bonnes habitudes dès le

départ. De plus, tel que mentionné par Whitehead (2006), les professionnels de la santé doivent intervenir rapidement sur ces habitudes de vie, et ce, dès l'adolescence, afin de promouvoir les saines habitudes de vie et prévenir ainsi de nombreux problèmes. Afin de bien comprendre les facteurs associés au comportement suicidaire chez les jeunes, des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux des adolescents ont été sélectionnés dans le but de possiblement les identifier comme facteurs de protection. Le choix des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux des adolescents, retenus pour ce mémoire, a été inspiré du modèle de Leininger (1995). Un des principes fondamentaux pour le soin en santé mentale, selon Leininger (1995), inclut la compréhension des habitudes de vie culturelles du patient, de sa vision mondiale, de l'influence du contexte environnemental sur ses comportements de santé ainsi que des facteurs de sa structure sociale. La santé, selon Leininger (1995) est un état de bien-être qui est universel mais défini par chacun pour refléter ses propres valeurs, croyances et habitudes de vie. Les valeurs et croyances, quant à elles, sont reflétées par les habitudes de vie et facteurs psychosociaux, dans ce cas-ci des adolescents, puisqu'ils influencent les facteurs religieux, spirituels, sociaux, politiques, éducatifs, économiques, technologiques, ethnohistoriques et environnementaux (Leininger, 1995). Les habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents qui agissent comme facteurs de protection sont donc un facteur important à considérer et sur lequel les infirmières peuvent éventuellement intervenir. Le modèle « Sunrise » de Madeleine Leininger (voir appendice A) permet d'avoir une vision globale du patient, dans ce cas-ci de l'adolescent (Leininger, 1995). Les habitudes de vie et facteurs psychosociaux retenus ont donc tous été tirées du modèle « Sunrise ». Tout d'abord, le soutien social, le soutien parental et de l'estime de soi, font partie des facteurs sociaux du modèle. Ensuite, les habitudes alimentaires, les habitudes de sommeil, les habitudes de consommation, les loisirs ainsi que l'activité physique font partie de la catégorie des valeurs culturelles et modes de vie du modèle « Sunrise ». Les habitudes scolaires font partie des facteurs éducatifs. Puis, les facteurs socioéconomiques

et la présence d'un emploi rémunéré font partie des facteurs économiques du modèle. Pour ce qui est des autres dimensions de la structure sociale du modèle « Sunrise » de Leininger (1995), soit les facteurs religieux et philosophiques ainsi que les facteurs politiques et légaux, malgré leur pertinence, devant l'ampleur du phénomène à l'étude, une sélection d'habitudes de vie et des facteurs psychosociaux à analyser s'est avérée nécessaire. Le modèle « Sunrise » permet également de mieux définir l'objectif à long terme du projet, soit le potentiel d'utilisation de la dimension sociale à la pratique infirmière, c'est-à-dire les interventions infirmières adaptées aux habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents. À partir des résultats de cette recherche, il sera possible de développer des interventions infirmières en fonction des trois modes d'action infirmière, soit la préservation et le maintien du soin, l'adaptation et la négociation du soin et finalement, la reconfiguration et la restructuration du soin (Leininger, 1995). La préservation et le maintien correspondent à l'adaptation continue des activités de soins, dont la formation continue. L'adaptation et la négociation correspondent aux actions infirmières qui font preuve de créativité dans le but de mobiliser les ressources nécessaires pour répondre aux besoins du patient. Ceci nécessite donc du leadership infirmier, ce qui est certainement à améliorer dans les milieux de soins. La reconfiguration et la restructuration correspondent aux interventions infirmières concrètes qui visent à modifier les comportements de santé nocifs du patient. En somme, ces trois modes d'action infirmière permettent de dispenser des soins infirmiers cohérents (Leininger, 1995). Toutefois, le modèle de Leininger (1995) n'a pas été retenu pour l'étude puisqu'il s'agit d'une recherche quantitative alors que Leininger prône une approche qualitative.

#### *Facteurs de protection du suicide*

Afin de mieux comprendre les facteurs associés au suicide chez les adolescents, des analyses seront effectuées afin d'identifier les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux qui peuvent agir comme facteurs de protection. Il

est important de dissocier facteurs de protection de facteurs de risque puisqu'ils représentent deux visions contraires d'une même problématique. D'un côté, les facteurs de risque « peuvent augmenter la probabilité de l'émergence d'une conduite suicidaire » (Beauvais & al., 2006). Le nombre de facteurs de risque présents chez les adolescents peut également donner une bonne idée du risque suicidaire de ceux-ci (Grosz, Zimmerman & Asnis, 1995). Toutefois, relativement aux interventions, Pronovost (1998) mentionne que tenter d'expliquer et de corriger les facteurs de risques des adolescents ayant un risque suicidaire semble être peu efficace comparativement au renforcement des facteurs de protection. D'ailleurs, ces derniers, soit les facteurs biopsychosociaux qui favorisent l'adaptation et le bon fonctionnement, permettent de mieux protéger les adolescents contre le développement d'une psychopathologie et de réduire, entre autres, les risques de rechute et de récidives associés aux comportements suicidaires (Grosz, Zimmerman & Asnis, 1995; Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003). Selon Pronovost (1998), les facteurs de protection créent également un « effet tampon » qui minimise les conséquences néfastes des facteurs de risque et qui favorise un contexte propice au changement. Aussi, dans une étude menée aux États-Unis en 1995, des chercheurs ont voulu explorer la relation entre les facteurs de protection psychosociaux des adolescents et leur implication dans des comportements problématiques (Jessor & al., 1995). Les résultats de cette étude ont démontré que les facteurs de protection jouent un rôle modérateur qui limitent l'adoption de comportements problématiques. Ils créent également un contexte propice au changement chez les adolescents ayant déjà des problèmes de comportement, et ce, peu importe le sexe et l'ethnie. Cette étude s'ajoute donc au corps de connaissances qui démontre la pertinence de miser sur les facteurs de protection des adolescents. La plupart des études québécoises préoccupées par l'identification de facteurs de protection contre le suicide chez les adolescents (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003; Pronovost, 1998) se sont basées sur le modèle théorique d'Eggert, Thompson & Herting (1994). Ce modèle propose que le risque suicidaire résulte

de la relation entre les facteurs de risque et les facteurs de protection de l'individu. Quant aux facteurs de protection, Eggert, Thompson & Herting (1994) les ont divisés en deux catégories soient les ressources personnelles et le soutien social. Par contre, aucune de ces études ne s'est intéressée aux habitudes de vie ou aux facteurs psychosociaux des adolescents qui agissent comme facteurs de protection. Pourtant, cibler les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux des adolescents permettrait aux infirmières d'intervenir concrètement sur ces facteurs de protection qui font partie du quotidien. Dans cette étude, les habitudes de vie ainsi que les facteurs psychosociaux seront donc explorés dans le but des les identifier comme facteurs de protection.

### *Habitudes de vie et facteurs psychosociaux qui peuvent agir comme facteurs de protection*

#### *a. Habitudes scolaires*

Durant la période d'adolescence, l'école constitue une grande partie de la vie du jeune. Il va sans dire que la perception que le jeune a de son école et de son rôle d'étudiant influence grandement sa réussite scolaire (Resnick et al., 1997). Dans les études antérieures sur le suicide, les chercheurs se sont surtout intéressés au décrochage et aux difficultés scolaires. Dans une étude qui se déroulait en Chine, Cheng & al. (2009) ont identifié, à partir d'analyses de régression logistiques multivariées, une diminution du risque suicidaire chez les adolescents ayant des difficultés scolaire mais ayant un faible taux d'absentéisme, une bonne relation avec les pairs et un bon soutien professoral comme facteurs de protection. D'un autre côté, Walsh & Eggert (2007) ont examiné les facteurs de risque et de protection présents chez des jeunes de 14 à 21 ans ayant des difficultés scolaires. Cette étude américaine reposait sur un échantillon de 730 étudiants du secondaire qui avaient des difficultés scolaires et/ou des problèmes d'absentéisme. Les analyses de covariance effectuées ont démontré que les étudiants ayant un risque suicidaire avaient un plus haut

niveau de facteurs de risque, hormis l'abus de drogue et d'alcool, que de facteurs de protection. Par contre, cette étude n'explore pas les habitudes scolaires comme facteur de protection. Par la suite, dans une étude américaine, Resnick & al. (1997) ont identifié, à partir d'analyses de régression multiples, des facteurs de protection contre les comportements à risque, tel le suicide, chez des adolescents. De ces facteurs de protection, le sentiment d'appartenance à l'école ainsi que des attentes parentales en lien avec la réussite scolaire ont été identifiés. Suite à ces résultats, Resnick & al. (1997) recommandent aux professionnels travaillant avec une clientèle adolescente de renforcer ces facteurs de protection afin de diminuer les comportements à risque. Ensuite, dans une étude menée en Nouvelle-Zélande, les chercheurs ont tenté d'explorer un phénomène semblable mais auprès d'adolescents de 9 à 13 ans (Fleming & al., 2007). Ils ont examiné le lien entre les caractéristiques individuelles, familiales, sociales, scolaires et communautaires avec le nombre de tentatives de suicides dans une population. Au niveau scolaire, les résultats des analyses de régression logistique multiple de cette étude permettent d'identifier le soutien professoral et le sentiment de sécurité à l'école comme facteur de protection contre le suicide. Par contre, puisqu'il s'agit d'étudiants de la Nouvelle-Zélande, les résultats ne sont pas nécessairement transférables chez nos étudiants québécois. Dans l'enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois menée en 1999 (Aubin & al., 2002), les chercheurs se sont intéressés au cheminement scolaire ainsi qu'à la motivation scolaire des jeunes. Puisque le questionnaire utilisé pour ce mémoire relève de cette enquête, les mêmes aspects seront évalués mais ce, auprès d'une clientèle à risque suicidaire. Plus précisément, l'expérience scolaire sera analysée en profondeur en cotant la confiance en soi à l'école, le nombre d'heures consacrées aux devoirs et aux leçons, les aspirations scolaires ainsi que le climat à l'école. Étant donné qu'aucune étude n'a porté sur tous ces aspects scolaires et qu'aucun des échantillons mentionnés comprenaient des adolescents de 12 à 17 ans ayant un

trouble de l'humeur et un risque suicidaire, il est donc pertinent d'évaluer si ces habitudes scolaires agissent comme facteurs de protection chez cette clientèle.

*b. Travail rémunéré*

Selon les données de Statistique Canada, un adolescent sur cinq avait un travail rémunéré en 2005 (Marshall, 2007). Pourtant, très peu d'études ont exploré lien entre la présence ou non d'un travail rémunéré et le risque suicidaire à l'adolescence. Chez les adultes, le taux de chômage semble avoir un impact sur le risque suicidaire, surtout chez les hommes (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003). D'autre part, les résultats de l'étude de Krupinski, Tiller, Burrows & Hallenstein (1994) ne démontrent aucun lien entre le risque suicidaire de jeunes de 15 à 24 ans et une augmentation du taux de chômage. Dans leur étude auprès d'adolescents de 14 à 18 ans, Lewinsohn, Rohde & Seeley (1994) ont analysé, entre autres facteurs sociodémographiques, l'effet d'avoir un emploi rémunéré sur le risque suicidaire des adolescents. Les résultats n'ont pas démontré de lien significatif entre un emploi rémunéré et le risque suicidaire. Toutefois, aucune étude ne porte sur le facteur de protection que peut possiblement représenter le fait d'avoir un emploi rémunéré sur le risque suicidaire. Il est important de préciser que ces données ne s'appliquent pas pour les jeunes de 12 et 13 ans de notre étude puisque ceux-ci sont trop jeunes pour travailler.

*c. Activité physique*

Peu de chercheurs se sont penchés sur la protection que peut représenter l'activité physique chez les adolescents ayant un risque suicidaire. Les études portent souvent sur l'effet bénéfique de l'activité physique sur la santé physique en général. Dans une étude menée en Grande-Bretagne, Fox (1999) mentionne qu'une pratique modérée d'activité physique favorise le traitement de la dépression et l'anxiété en plus d'améliorer la santé mentale en général. L'activité physique exerce donc une influence sur la dépression et possiblement sur le

risque suicidaire. Les résultats d'une étude menée en Floride en 2008 démontrent que chez les garçons et les filles de 12 à 18 ans, la participation à des sports protège contre le sentiment de désarroi et diminue le risque suicidaire (Taliaferro & al., 2008). L'échantillon de cette étude incluait 13 857 adolescents de 12 à 18 ans dont 51,9% étaient des filles. La définition que les chercheurs ont donné à la participation à des sports était d'avoir fait partie d'une équipe sportive dans les derniers 12 mois. Ensuite, ils ont divisé les jeunes en trois catégories : les non-athlètes (ne fait pas partie d'une équipe sportive), les athlètes modérément impliqués (font partie de une ou deux équipes) et les athlètes fortement impliqués (font partie de trois équipes ou plus). Pour ce qui de l'activité physique, les garçons qui en faisaient fréquemment et vigoureusement avaient un risque suicidaire et un sentiment de désarroi plus faible. Par contre, chez les filles un faible niveau d'activité physique augmentait le sentiment de désarroi. Dans cette étude, l'activité physique était mesurée par la fréquence, soit le nombre de fois que le jeune avait fait de l'exercice dans les sept derniers jours pour plus de 20 minutes. Cette activité devait les avoir fait transpirer et respirer bruyamment comme le basketball, le soccer, la course, la nage d'endurance, la danse rapide ou toutes autres activités aérobiques. Malheureusement, puisque cette étude s'est déroulée aux États-Unis, il est difficile d'étendre ces résultats aux adolescents québécois, ce qui soutient la pertinence d'explorer ce facteur de protection dans ce mémoire. Plus précisément, deux aspects de l'activité physique ont été retenus de ESSEA (Aubin & al., 2002) et seront évalués dans ce mémoire, soit la perception qu'ont les adolescents de leur niveau d'activité physique et l'indicateur d'activité physique sur une période de sept jours.

#### *d. Loisirs*

Que ce soit la lecture, l'ordinateur, la télévision ou autres, tous les adolescents ont des activités et loisirs avec lesquels ils s'occupent. Qu'en est-il

de ces loisirs lorsqu'un adolescent présente un risque suicidaire? Très peu d'études portent sur le lien entre les loisirs et le risque suicidaire; elles portent plus souvent sur les effets néfastes d'Internet et des jeux électroniques sur le suicide. Dans une étude menée en Australie, Patterson & Pegg (1999) ont examiné le lien causal possible entre l'ennui lors des loisirs et les comportements à risque chez les adolescents et les jeunes adultes. Les auteurs mentionnent que les adolescents et jeunes adultes qui n'étaient pas satisfaits de leurs loisirs étaient plus sujets à développer des comportements à risque et donc plus vulnérables à la dépression et au suicide. D'un autre côté, dans une étude qui s'est déroulée en Norvège, Birkeland, Torsheim & Wold (2008) ont exploré le lien entre les loisirs et l'humeur dépressive de 924 adolescents de 13 à 23 ans. Cette étude a démontré un changement dans les loisirs lorsqu'un adolescent présente une humeur dépressive mais ils n'ont pas réussi à identifier les loisirs comme facteur de protection contre la dépression. De plus, les chercheurs n'ont pas évalué le risque suicidaire des adolescents ni l'effet des loisirs sur celui-ci. Ceci démontre donc la pertinence d'explorer les loisirs en tant que facteur de protection pour le suicide. Dans ESSEA (Aubin & al., 2002), plusieurs loisirs ont été explorés. Les questions sur les loisirs retenus pour ce mémoire concernent la lecture, le cinéma, les sorties à la discothèque, les jeux vidéos, les matchs sportifs et l'ordinateur. Ceci pourrait identifier s'il existe un lien entre les loisirs d'adolescents de 12 à 17 ans ayant un trouble de l'humeur et leur risque suicidaire.

*e. Habitudes de sommeil*

Les habitudes de sommeil sont très peu explorées lorsqu'il s'agit de facteurs de protection contre le suicide. Par contre, une étude menée aux États-Unis a exploré, entre autres, l'impact des bonnes habitudes de sommeil sur la santé des adolescents en général dans le but d'identifier le sommeil comme facteur de protection (Jessor, Turbin & Costa, 1998). Les résultats de cette étude

démontrent un lien significatif entre un bon sommeil et des comportements favorables pour la santé générale des adolescents. Le sommeil est donc un élément important à considérer dans les habitudes de vie des adolescents. Par contre, Jessor, Turbin & Costa (1998) n'ont mentionné aucun lien avec le risque suicidaire. Dans une étude américaine publiée en 2008, Goldstein, Bridge & Brent se sont penchés sur les troubles de sommeil précédents des suicides complétés chez des adolescents. Plus précisément, l'échantillon de cette étude comprenait un groupe contrôle et un groupe témoin d'adolescents de 13 à 19 ans vivant en Pennsylvanie. Le groupe contrôle était composé de 140 adolescents victimes de suicide tandis que le groupe témoin incluait 131 adolescents ayant des caractéristiques sociodémographiques semblables au groupe contrôle mais qui ne s'étaient pas suicidés. Les résultats ont démontré que les adolescents ayant complété un suicide avaient un niveau plus élevé de troubles du sommeil, d'insomnie et d'hypersomnie que le groupe témoin (Goldstein, Bridge & Brent, 2008). Dans cette étude, les troubles du sommeil avaient donc été identifiés comme facteur de risque pour le suicide. Par contre, dans de futures implications cliniques, Goldstein, Bridge & Brent (2008) suggèrent divers moyens de prévention et misent sur le renforcement des bonnes habitudes de sommeil. Une seconde étude a examiné les conséquences négatives des mauvaises habitudes de sommeil. Le but de cette étude était d'examiner la relation entre le cycle sommeil/éveil des adolescents et leurs comportements à risque (O'Brien & Mindell, 2005). Les éléments du sommeil des adolescents, analysés dans cette recherche, incluaient le nombre total d'heures de sommeil les jours de semaine et de fin de semaine, l'heure habituelle du coucher la semaine et la fin de semaine, la différence d'heures entre la semaine et la fin de semaine ainsi que leur niveau d'éveil durant la journée. L'échantillon de cette étude était significatif, soit de 388 adolescents (217 garçons et 171 filles) âgés de 14 à 19 ans. Les résultats ont démontré que 85,5% des adolescents qui avaient des troubles de sommeil ou des horaires de sommeil non-régulier s'étaient engagés dans un ou plusieurs comportement(s) à risque.

De plus, 43,3% de ces adolescents avaient expérimenté un risque suicidaire ou des sentiments dépressifs (O'Brien & Mindell, 2005), ce qui démontre un lien significatif entre les habitudes de sommeil et le risque suicidaire. D'un autre côté, dans une étude menée aux États-Unis, Gangwisch & al. (2010) ont démontré que plus les parents avaient un contrôle sur l'heure du coucher de leurs adolescents, moins le risque de dépression et le risque suicidaire étaient élevés. Plus précisément, les jeunes qui se couchaient à minuit ou plus tard étaient plus portés à entretenir des idées suicidaires que les jeunes qui se couchaient à dix heures. Aussi, 20% des adolescents qui se couchaient à minuit ou plus étaient plus à risque d'avoir des idées suicidaires. Des heures de sommeil régulières pourraient donc potentiellement agir comme facteur de protection contre le suicide. Ainsi, il est pertinent d'explorer cet aspect dans ce mémoire afin d'évaluer si de bonnes habitudes de sommeil peuvent agir comme facteur de protection contre le suicide. Dans ESSEA (Aubin & al., 2002), plusieurs aspects liés au sommeil ont été évalués. Afin d'identifier les habitudes de sommeil comme facteurs de protection, les aspects retenus pour ce mémoire sont la satisfaction du sommeil et le degré de repos au réveil.

#### *f. Habitudes alimentaires*

Il existe très peu d'études portant sur le facteur de protection potentiel que peuvent représenter de bonnes habitudes alimentaires contre le suicide. Aux États-Unis, Croll & al. (2002) ont dressé un portrait des habitudes alimentaires de 81 247 adolescents de 5<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> année. Les résultats de cette étude démontrent que 57% des garçons et 30% des filles ont de mauvaises habitudes alimentaires comme de sauter des repas, jeûner, utiliser des laxatifs, etc. D'un autre côté, Eisenberg & al. (2004) ont tenté de déterminer la relation entre les repas en famille et le bien-être psychosocial de 4746 adolescents de Minneapolis. Les résultats des corrélations de Pearson de cette étude ont démontré que la fréquence des repas en famille était inversement associée aux symptômes dépressifs ainsi qu'au suicide. Plusieurs études relatent également l'importance

du déjeuner (Keski-Rahkonen & al., 2003; Sneppe, 2001 ; Thibault & Marquis, 2006; Rampersaud, 2009) . Plus précisément, dans une étude menée en Norvège, Keski-Rahkonen & al. (2003) ont voulu explorer les comportements nocifs associés au fait de sauter le déjeuner chez 5448 adolescents et 4660 adultes. Selon les résultats de l'étude, chez les adolescents, ne pas déjeuner est statistiquement lié à un faible niveau d'éducation, à des comportements désinhibés, à un indice de masse corporelle élevé, une consommation d'alcool et de cigarette fréquente et un faible niveau d'exercice physique. Toutefois, aucun lien n'est fait avec les comportements suicidaires. Des études plus poussées en ce qui a trait aux habitudes et comportements alimentaires sont donc nécessaires afin d'identifier s'ils peuvent agir comme facteurs de protection contre le suicide. Dans l'ESSEA menée en 1999 (Aubin & al., 2002), la fréquence du déjeuner ainsi que les habitudes quant au souper des adolescents ont été explorés. Ces aspects seront également retenus pour ce mémoire afin d'identifier les habitudes alimentaires pouvant agir comme facteurs de protection chez des adolescents de 12 à 17 ans ayant un trouble de l'humeur et un risque suicidaire.

#### *g. Habitudes de consommation*

L'adolescence est une période d'exploration, d'essais et d'erreurs, surtout en ce qui a trait à la cigarette, la drogue et l'alcool. Plusieurs autres études démontrent les effets néfastes de la cigarette, de l'alcool et de la drogue mais il serait intéressant de démontrer les bienfaits qu'une non-consommation de ceux-ci pourrait amener chez les adolescents ayant un risque suicidaire, et ce, en tant que facteur de protection.

#### *h. Consommation de cigarettes*

Plusieurs études relatent que la cigarette nuit à la santé en générale mais celle-ci semble aussi augmenter le risque de dépression et, par conséquent, le

risque suicidaire (Glassman & al., 1990). Les résultats de l'étude d'Angst & Clayton (1998) démontrent, entre autres, que les individus qui se sont suicidés étaient significativement plus enclins à être des fumeurs quotidiens à l'âge de 18 ans. Dans une étude américaine menée auprès de 121 700 infirmières de 30 à 55 ans, Hememway, Solnick & Colditz (1993) ont démontré que les répondantes qui fumaient une à 24 cigarettes par jour avaient deux fois plus de risque suicidaire tandis que celles qui en fumaient plus de 25 avaient trois fois plus de risque comparativement aux infirmières qui n'avaient jamais fumé. Malgré le fait que l'échantillon diffère de celui choisi pour ce mémoire, ces résultats relatent la pertinence d'explorer le lien entre le tabagisme et le suicide chez les adolescents. Dans une étude finlandaise, Mäkikyrö & al. (2004), ont exploré la relation entre le tabagisme et la suicidalité chez des adolescents. L'échantillon de cette étude comprenait 157 adolescents de 12 à 17 ans hospitalisés en psychiatrie. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour analyser la relation entre le tabagisme quotidien et le risque suicidaire. Les résultats de cette étude démontrent que les patients qui fumaient la cigarette quotidiennement avaient un plus grand risque suicidaire et étaient plus sujets à s'automutiler. Le risque était également plus élevé chez les filles que chez les garçons ainsi que chez les patients qui souffraient de dépression. Par contre, puisque cette étude se déroulait en Finlande, les résultats ne peuvent être transférés à des adolescents québécois. Il est donc pertinent d'inclure cette habitude de vie dans ce mémoire étant donné l'impact du tabagisme sur le risque suicidaire. Dans ce mémoire, la consommation de cigarette des adolescents sera explorée en identifiant la catégorie de fumeurs, la quantité de cigarettes fumées par jour ainsi que le nombre d'amis et membres de la famille qui fument.

### *i. Consommation de drogue*

Les adolescents qui consomment de la drogue sont trois fois plus à risque de faire une tentative de suicide (Berman et Schwartz, 1990). Dans leur étude

menée auprès d'adolescents d'une école secondaire publique en Caroline du Nord, Felts, Chenier & Barnes (1992) ont démontré que les adolescents qui consommaient de la cocaïne ou du crack ainsi que de la marijuana étaient plus portés à avoir des idées suicidaires et à passer à l'acte. Ce risque était particulièrement élevé chez les consommateurs de cocaïne et de crack. Dans une étude se déroulant aux États-Unis, Hallfors et al. (2004) ont exploré la relation entre certains comportements à risque, dont la consommation de drogue, la dépression, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Une analyse de régression logistique a permis de démontrer que le risque suicidaire était significativement élevé chez les adolescents qui consommaient de la marijuana ou autres drogues illégales. L'étude de Roberts, Roberts & Xing (2010) démontre des résultats semblables. Ils ont identifié, avec un échantillon de 3 134 adolescents de 11 à 17 ans, que la drogue, plus particulièrement la marijuana, représente un facteur de risque pour le suicide, surtout chez des adolescents ayant fait des tentatives dans le passé. Ces études démontrent donc que la consommation de drogue influence significativement le risque suicidaire d'où la pertinence d'explorer cet aspect. Plus précisément, ce mémoire va explorer la consommation de marijuana et l'impact de cette consommation sur le risque suicidaire.

#### *ii. Consommation d'alcool*

L'alcool aussi semble avoir un impact sur le risque suicidaire des adolescents. Les études de Windie (2004) et Denny & al. (2007) démontrent l'augmentation du risque de tentatives suicidaires chez les adolescents qui consomment de l'alcool avec abus. Une étude américaine, menée auprès d'adolescents de neuvième à douzième année, a exploré la relation entre la consommation précoce d'alcool, soit avant l'âge de 13 ans, et le risque suicidaire. Les résultats de cette étude démontrent que la consommation précoce d'alcool augmente significativement le risque d'avoir des idées suicidaires et de faire des tentatives suicidaires, et ce, tant chez les garçons que

chez les filles. Aussi, des participants de l'étude, 25% d'entre eux ont rapporté avoir consommé de l'alcool avant l'âge de 13 ans. Suite à ces résultats, les chercheurs recommandent de promouvoir des saines habitudes de vie, entre autres de retarder l'âge de consommation d'alcool, afin de réduire le nombre de tentatives suicidaires à l'adolescence. Identifier la non-consommation d'alcool comme facteur de protection permettrait d'intégrer cet aspect dans des programmes de prévention éventuelle pour les adolescents présentant un risque suicidaire. Ce mémoire va explorer le lien entre la consommation d'alcool et le risque suicidaire d'adolescents ayant un trouble de l'humeur.

*i. Estime de soi*

L'estime de soi, soit une perception positive ou négative de soi (Rosenberg, 1965), semble avoir un impact sur le risque suicidaire (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003; Eskin & al., 2007). En 2008, une étude européenne s'est penchée sur la relation entre l'estime de soi, mesurée à partir de l'échelle de Rosenberg (Rosenberg, 1965), et le suicide dans 55 nations, dont le Canada (Chatard, Selimbegovic & Konan, 2008). Les résultats des analyses de corrélation de Pearson et de régressions linéaires multiples de cette étude illustrent que le taux de suicide chez des hommes et des femmes de tous les âges est plus élevé dans les nations ayant des niveaux d'estime de soi plus faibles. Ceci porte à croire qu'il pourrait y avoir une association entre l'estime de soi et le risque suicidaire. Chez les adolescents, l'estime de soi peut également entraîner des conséquences négatives (Roberts, Roberts & Xing, 2010; Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003). L'estime de soi a déjà tendance à baisser, de façon normale, en début d'adolescence puis à remonter par la suite (Bee & Boyd, 2003) d'où l'importance d'évaluer et d'intervenir sur celle-ci le plus rapidement possible. Plusieurs études ont exploré la relation entre l'estime de soi et le risque suicidaire chez les adolescents. Tout d'abord, dans une étude menée en Turquie, des chercheurs ont évalué l'estime de soi d'adolescents de 13 à 18 ans, Eskin & al. (2007). Pour ce, ils ont utilisé la version originale de l'échelle de

Rosenberg (Rosenberg, 1965). Cette étude a démontré qu'une faible estime de soi augmentait le risque suicidaire chez les adolescentes. Cependant, les résultats des analyses de régression multiples et les coefficients de corrélation bivariés n'ont pas démontré qu'une bonne estime de soi agissait comme facteur de protection et aucun impact n'a été identifié sur le risque suicidaire des garçons. Les résultats pourraient également varier chez des adolescents qui vivent au Québec puisque l'étude s'est déroulée en Turquie. D'un autre côté, De Man & Gutierrez (2002) ont réussi à identifier qu'une estime de soi stable agit comme facteur de protection contre les idéations suicidaires à partir d'analyses de covariance. Par contre, l'échantillon de cette étude canadienne était composé d'étudiants de premier cycle universitaire et non d'adolescents. Ensuite, des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont évalué l'impact de quatre facteurs de protection, soient l'estime de soi, le coping, le contrôle de soi et le soutien social sur le risque suicidaire d'adolescents québécois (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003). Ils ont également voulu vérifier si les facteurs de protection variaient en fonction du milieu d'appartenance. Ils ont construit un échantillon composé de 650 jeunes de milieu scolaire et de 227 jeunes de centres jeunesse. Quant à l'estime de soi, il était mesuré par la traduction française du *self-esteem scale* de Rosenberg (Vallières & Vallerand, 1990). Les résultats ont révélé que l'estime de soi est l'un des deux facteurs de protection les plus fortement associés au risque suicidaire chez les adolescents. Il est donc pertinent de vérifier si, comparativement aux autres habitudes de vie et facteurs psychosociaux identifiés pour ce mémoire, l'estime de soi demeure aussi fortement associée au risque suicidaire.

Les autres études identifiées traitant du lien entre l'estime de soi et le risque suicidaire portent majoritairement sur le facteur de risque que représente une faible estime de soi et non sur la protection qu'une bonne estime de soi peut apporter chez les adolescents (Malone & al., 2000 ; Roberts, Roberts & Xing, 2010; Walvogel, Rueter & Oberg, 2008). De plus, aucune étude ne porte sur des adolescents ayant un trouble de l'humeur et un risque suicidaire d'où la

pertinence de tenir compte de l'estime de soi de cette clientèle très à risque. Pour ce mémoire, l'estime de soi a été évaluée à partir de l'échelle de Rosenberg, originellement conçue pour des adolescents de niveau secondaire (Rosenberg, 1965). Plus particulièrement, comme pour l'ESSEA menée en 1999 (Aubin & al., 2002), la version canadienne française de l'échelle de Rosenberg (1965), réalisée et validée par Vallières & Vallerand (1990), a déterminé le niveau d'estime de soi des adolescents de notre étude. Par la suite, l'analyse des données permettra d'identifier si une bonne estime de soi agit comme facteur de protection chez les adolescents et si elle est associée au risque suicidaire.

#### *i. Soutien social*

Le réseau de soutien, soit un sous-ensemble du réseau social vers qui la personne se tourne ou pourrait se tourner pour obtenir de l'aide (Vaux, 1992) peut également agir comme facteur de protection pour les adolescents (Silverman & Felner, 1995). Dans une étude menée aux États-Unis en 2006, des chercheurs ont voulu examiner le contexte social de adolescents ayant fait une tentative de suicide (Kidd & al., 2006). Ils ont examiné l'effet des interactions avec les parents, les pairs ainsi que les relations sociales à l'école à partir d'analyses d'intercorrélations entre les variables à l'étude. Les résultats de l'étude sont peu concluants en ce qui a trait au soutien social. Le seul résultat pertinent est le fait que le soutien social des pairs peut avoir un impact sur les garçons ayant des antécédents de tentatives suicidaires. Par contre, le soutien social n'a pas été identifié comme facteur de protection. Ensuite, dans une étude sur les facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez les adolescents, Pronovost, Leclerc et Dumont (2003) ont également évalué le soutien social. À cet effet, ils ont utilisé la version québécoise du *Social support questionnaire* (Sarason et al., 1983) qui a été traduite et validée par De Man, Balkou et Iglesias (1986). Puisque cette étude comparait les facteurs de protection entre les jeunes de milieu scolaire et les jeunes de centres jeunesse, aucune différence n'a été

observée concernant le soutien social de ces deux groupes. Les résultats ne démontrent pas une forte association entre le soutien social et le risque suicidaire d'où la pertinence de poursuivre des études à ce sujet. Plusieurs autres études ont analysé le soutien social mais les résultats ne sont pas concluants et ne permettent pas de l'identifier comme facteur de protection contre le suicide (Dubow & al., 1989; Grossman & al., 1991; Howard-Pitney & al., 1992; Kaltiala & al., 1999; Wagman Borowsky & al., 1999; Evans, Hawton & Rodham, 2002). Pour ce mémoire, le réseau de soutien sera évalué sous trois aspects tirés de l'ESSEA menée en 1999 (Aubin & al., 2002), soit le nombre de sources de soutien, la satisfaction face au soutien reçu ainsi que la propension à se confier. Ceci va permettre d'identifier ou non le soutien social comme facteur de protection auprès de jeunes de 12 à 17 ans ayant un trouble de l'humeur et un risque suicidaire.

#### *j. Soutien parental*

À l'adolescence, même si le jeune acquiert de plus en plus d'autonomie, un bon soutien parental demeure indispensable (Bee & Boyd, 2003). Comme le mentionnent Barnes & Farrell (1992), une bonne pratique parentale comprend deux composantes principales, soit le soutien parental, qui implique, entre autre, l'amour, l'attachement et l'acceptation et le contrôle parental qui implique la discipline, la supervision, le monitoring et les punitions. D'après Barnes & Farrell (1992), le soutien parental et le monitoring des allées et venues sont des facteurs qui influencent les comportements à risque à l'adolescence. En ce qui a trait au suicide chez les adolescents, plusieurs articles ont traité des pratiques parentales en tant que facteurs de risque ou de protection. Tout d'abord, selon Cheng & al. (2009), un manque de soutien parental peut augmenter le risque suicidaire chez les adolescents. Le divorce des parents et le dysfonctionnement parental sont également des facteurs de risque pour le suicide chez les adolescents (Donald & al., 2006; Flouri & Buchanan, 2002). Dans une étude

menée en Nouvelle-Zélande, Fleming & al. (2007) ont examiné, entre autres, la relation entre les caractéristiques familiales et le nombre de tentatives suicidaires de 739 adolescents de neuf à 13 ans. Les résultats des analyses de régression logistique multiple de cette étude démontrent que le *Caring* parental ainsi qu'un environnement familial positif agissent comme facteurs de protection et diminuent les taux de tentatives de suicide chez les adolescents. Par contre, la tranche d'âge retenue pour cette étude diffère de celle visée par ce mémoire ce qui influence la portée des résultats. Une étude américaine, dont l'échantillon était composé de 13 110 adolescents de 10 à 19 ans, a démontré des résultats semblables. Borowsky, Ireland & Resnick (2001) ont identifié, à partir d'analyses de régression logistique, que les adolescents qui percevaient avoir une bonne relation avec leurs parents étaient moins à risque de faire une tentative de suicide. Ceci agissait également comme facteur de protection. Ensuite, dans leur étude sur le rôle protecteur de l'implication des parents dans le suicide des adolescents, Flouri & Buchanan (2002) ont été plus loin en identifiant les caractéristiques des pratiques parentales qui protègent les adolescents contre le suicide. Cette étude menée en Grande-Bretagne a permis, avec un échantillon de 2722 adolescents âgés de 14 à 18 ans, d'identifier l'implication parentale comme facteur de protection contre le suicide. Plus précisément, le soutien émotif, la responsabilité parentale, l'engagement et l'accessibilité des parents sont des facteurs de protection contre les tentatives suicidaires (Flouri & Buchanan, 2002).

D'un autre côté, dans une étude qui se déroulait à Pittsburgh auprès de 84 patients dépressifs âgés de 18 à 80 ans, Malone & al. (2000) ont souligné que plus les patients sentaient une responsabilité auprès de leur famille, moins ils pensaient au suicide. Par contre, étant donné que l'échantillon n'est composé que d'une clientèle adulte, ces résultats ne peuvent être transférés chez des adolescents. Enfin, de toutes les études mentionnées ci-haut, aucune n'a été menée au Québec. Pourtant, pour sa thèse doctorale en psychologie, Ahmadi (2009) a exploré la relation entre les pratiques parentales et les comportements

suicidaires de 1256 adolescents montréalais. Plus précisément, Ahmadi a analysé l'attachement et le soutien émotif, le contrôle psychologique et comportemental ainsi que les conflits entre parents et adolescents. Les résultats de cette étude ont démontré que les filles étaient plus portées à avoir des idées suicidaires lorsqu'elles étaient en conflit avec leur père ou leur mère. De plus, chez les garçons et les filles, un contrôle psychologique abusif et un manque de contrôle comportemental augmentaient également le risque suicidaire. Le risque suicidaire était également plus élevé chez les adolescents dont les parents étaient séparés ou divorcés. Par contre, des études plus poussées sont nécessaires afin d'identifier si le soutien parental agit véritablement comme facteur de protection chez les adolescents québécois ayant un risque suicidaire. Dans ce mémoire, le niveau de soutien parental sera donc examiné auprès d'une clientèle de 12 à 17 ans ayant un trouble de l'humeur et un risque suicidaire.

La présente étude apportera donc plusieurs éléments nouveaux au corps de connaissances déjà publiées relativement aux facteurs de protection des adolescents ayant un risque suicidaire. Tout d'abord, aucune étude n'a utilisé un échantillon d'adolescents profitant d'un suivi de troisième ligne pour leur risque suicidaire. Donc, cette étude devrait permettre d'évaluer les facteurs de protection d'un sous-échantillon d'adolescents. Ensuite, les études les plus complètes par rapport aux facteurs de protection et les plus applicables à la pratique se sont majoritairement déroulées à l'étranger, soit en Norvège, en Turquie et aux États-Unis et les résultats ne sont pas nécessairement transférables aux adolescents vivant au Québec. Cette étude permettra donc d'avoir un meilleur aperçu des facteurs de protection des adolescents ayant un risque suicidaire au Québec. Par ailleurs, les recommandations relevées dans les écrits critiqués s'adressent rarement aux infirmières et suggèrent souvent des moyens de prévention du suicide dans le domaine de la psychologie. Cette étude devrait donc possiblement permettre d'identifier des pistes d'action aux infirmières ayant une clientèle d'adolescents dans tous les milieux. Aussi cette étude peut motiver les infirmières à intervenir sur les habitudes de vie et les

facteurs psychosociaux des adolescents présentant un risque suicidaire et leur permettre d'élaborer des interventions infirmières pertinentes pour prévenir le suicide chez ces jeunes. Enfin, cette étude souhaite pouvoir identifier des facteurs de protection du suicide, ce qui est fort pertinent car très peu d'études se préoccupent de ces facteurs lorsqu'on les compare à celles qui s'intéressent aux facteurs de risque.

## *MÉTHODE*

Ce chapitre présente le type d'étude, la formation de l'échantillon, les définitions conceptuelles et opérationnelles des variables, les instruments de collecte de données, le plan d'analyses des données, les retombées ainsi que les considérations éthiques de l'étude.

#### *Approche, devis de recherche et variables à l'étude*

Il s'agit d'une étude descriptive-corrélative qui vise à vérifier les relations entre les facteurs de protection et le risque suicidaire. Le devis de recherche retenu pour cette étude est quantitatif, plus précisément les facteurs de protection agissent comme variables indépendantes et le risque suicidaire agit comme variable dépendante.

#### *Échantillon*

L'échantillon de cette étude comprend 101 adolescents de 12 à 17 ans atteints d'un trouble de l'humeur ayant un suivi de troisième ligne pour leur risque suicidaire à la Clinique des troubles de l'humeur (CTH) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP). Depuis son ouverture en 2006, la CTH a évalué de 25 à 45 adolescents de 12 à 17 ans par année. Lors de leur évaluation initiale à la clinique, tous les adolescents ont été invités à compléter le questionnaire sur les habitudes de vie et facteurs psychosociaux par l'infirmière. Au total, environ 150 adolescents ont complété le questionnaire depuis l'ouverture de la CTH. Il est à spécifier que les adolescents provenant d'autres cliniques de l'HRDP ou ayant été hospitalisés à l'HRDP n'ont pas complété le questionnaire afin d'éviter la redondance dans l'évaluation. Aussi, malgré certaines questions non-répondues, aucun adolescent n'a refusé de compléter le questionnaire en entier. Cet échantillonnage se démarque des autres études semblables puisque les adolescents ont tous un suivi de troisième ligne pour leur risque suicidaire contrairement aux autres études où le suivi est majoritairement de première ligne ou non existant. L'échantillon fait donc partie de la population cible, soit des adolescents ayant un risque suicidaire. Afin d'assurer l'homogénéité de l'échantillon, tous les adolescents ont entre 12 et 17 ans, ont bénéficié d'un suivi

de troisième ligne pour leur trouble de l'humeur et leur risque suicidaire à la CTH de l'HRDP et ont rempli le questionnaire sur les habitudes de vie et facteurs psychosociaux lors de leur évaluation initiale.

### *Instruments de collecte de données*

En 1999, l'Institut de la statistique du Québec a mené l'ESSEA (Aubin & al, 2002). À partir des questions et résultats de cette enquête, un questionnaire sur les habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents de 12 à 17 ans ayant un risque suicidaire a été élaboré et utilisé à la CTH, et ce, depuis 2006. Cette précieuse banque de données a été utilisée pour ce mémoire dans le but d'identifier les habitudes de vie et facteurs psychosociaux susceptibles d'agir comme facteur de protection contre le suicide. Il s'agit d'une analyse secondaire des données. La collecte de données a été effectuée à partir de ces questionnaires sur les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux relevant de l'enquête sociale. Les instruments de mesure pour chaque variable seront élaborés dans la définition conceptuelle et opérationnelle des variables. Ces questionnaires autoadministrés ont été remplis une seule fois, soit lors de l'évaluation initiale de l'adolescent à la CTH de l'HRDP. Une recension des écrits exhaustive a permis d'identifier les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux pertinents à analyser dans cette recherche.

D'un autre côté, le risque suicidaire des adolescents a été évalué à partir du « SAD PERSONS Scale » de Patterson, Dohn, Bird et al. (1983). Cette grille évalue 10 items du risque suicidaire de façon dichotomique, soit par oui (1 point) ou non (0 point). La somme des items est ensuite calculée et une cote de 0 à 10 leur a été attribuée par 3 infirmières cliniciennes qui travaillent à l'HRDP en pédopsychiatrie. Une cote de 1 et 2 représente un risque suicidaire faible, une cote de 3 à 6 représente un risque modéré et une cote de 7 à 10 représente un risque élevé. L'analyse des réponses démontre que les cotes attribuées sont très fiables (ICC=0,785, F=4,65, p<0.05). La moyenne des 3 cotes a été retenue pour l'étude. La validité et la fiabilité de la version française du « SAD PERSONS

Scale » ont été démontrées par plusieurs études d'où la pertinence d'utilisation de cet outil (Juhnke, 1994, 1996; Juhnke & Hovestadt, 1995).

### *Définitions conceptuelles et opérationnelles des variables*

Afin de mieux comprendre les concepts à l'étude, une définition conceptuelle et opérationnelle des variables s'avère nécessaire.

#### *a. Risque suicidaire*

Tel que mentionné précédemment, le risque suicidaire se définit par « la probabilité ou possibilité qu'une personne qui signale son intention pose un geste suicidaire dans les deux prochaines années » (Séguin & Terra, 2004). Pour cette étude, le risque suicidaire a été évalué à partir de la grille « SAD PERSONS Scale » de Patterson et al. (1983) adaptée pour les enfants et les adolescents par Juhnke (1994, 1996). Une cote de 0 à 10 a été attribuée à tous les adolescents. Un point est donné pour chaque facteur de risque présent jusqu'à un maximum de 10 points. Les résultats ont permis de classer le risque suicidaire des jeunes en trois niveaux, soit faible (1-2), modéré (3-6) ou élevé (7-10). Dans l'étude quasi-expérimentale par groupes randomisés de Juhnke et Hovestadt (1995), les résultats suggèrent que la facilité d'utilisation de la grille d'évaluation « SAD PERSONS SCALE » permet aux intervenants de bien évaluer le risque suicidaire, et ce, même chez les intervenants n'ayant reçu aucune formation sur la grille. Aussi, dans leur étude sur les grilles d'évaluation du risque suicidaire, Cochrane-Brink, Lofchy & Sakinofsky (2000) ont utilisé le « SAD PERSONS Scale » auprès de 55 adultes de plus de 18 ans. Les résultats de cette étude relatent que la sensibilité pour cette grille était de 100% et la spécificité était de 60%. De plus, lors de leur étude, une personne s'est suicidée et son score au « SAD PERSONS Scale » avant le passage à l'acte était de 9, donc un risque très élevé. Plusieurs études ont également démontré la validité de l'outil adapté aux enfants et aux adolescents ainsi que sa facilité d'utilisation (Juhnke, 1994, 1996; Juhnke & Hovestadt, 1995). Pour cette recherche, un

comité composé de trois infirmières de l'hôpital Rivière-des-Prairies ont complété la version adaptée du « SAD PERSONS Scale » (Juhnke, 1994,1996) pour chaque sujet. Pour ce, les notes au dossier de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire relatant uniquement l'évaluation initiale de l'adolescent à la Clinique des troubles de l'humeur ont été utilisées. Une moyenne des trois cotes attribuées a ensuite été calculée et retenue pour les analyses avec les variables indépendantes.

*b. Les facteurs de protection*

Les facteurs de protection retenus pour la présente étude ont été tirés de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Le questionnaire sur les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux utilisé reprend donc les mêmes questions que celui de l'enquête. Les résultats obtenus ont ensuite été comparés à ceux des adolescents québécois qui ont participé à l'enquête. Le questionnaire initial de l'enquête est composé des questions provenant de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants (Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada, 1995), d'un instrument développé par le groupe de recherche sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les jeunes (Paradis & al, 1995) et de plusieurs autres enquêtes en milieu scolaire (Deschesnes, 1992; Deschesnes & Schaefer, 1997; Cloutier, Champoux & Jacques, 1994; Loiselle, 1999). Le comité d'orientation de l'enquête a effectué des prétests sur le questionnaire et l'a ensuite approuvé en démontrant la validité et fiabilité de celui-ci.

*a. Habitudes scolaires*

Afin de bien évaluer l'impact de l'école sur la vie des adolescents, les habitudes scolaires ont été évaluées par le questionnaire. Les questions proviennent originellement de l'enquête Ados, familles et milieu de vie (Cloutier, Champoux & Jacques, 1994) et ont été reprises dans l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Ils ont également été validés lors de ces deux enquêtes. Les habitudes scolaires comprennent, tout d'abord, l'indice de confiance en soi à l'école, qui a

été mesuré à partir de cinq énoncés (vrai ou faux) dont le total permet d'identifier une faible ou forte confiance en soi à l'école. Ensuite, le nombre d'heures consacrées aux devoirs et aux leçons a été comptabilisé et les aspirations scolaires ont été évaluées. Puis, le climat à l'école a été calculé à partir de cinq énoncés de type Likert qui offraient quatre choix de tout à fait en accord (un point) à pas du tout d'accord (quatre points) et dont les scores ont permis d'identifier un bon ou mauvais climat à l'école.

#### *b. Travail rémunéré*

Tel que mentionné précédemment, de plus en plus d'adolescents possèdent un emploi rémunéré en plus de leurs études (Marshall, 2007). Pour ce mémoire, une question dichotomique (oui/non) concernant la présence ou non d'un travail rémunéré a été retenue de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Les résultats ont ensuite été comparés aux résultats des adolescents québécois de l'ESSEA puis analysés avec le SAD PERSONS Scale afin d'identifier s'il existe un lien significatif entre la présence d'un travail rémunéré et le risque suicidaire.

#### *c. Activité physique*

Il existe plusieurs façons d'évaluer le niveau d'activité physique, surtout chez les adolescents. Dans l'ESSEA (Aubin & al., 1999), une adaptation du « Weekly Activity Checklist » (Sallis, Buono & al., 1993) a été validée et utilisée afin de mesurer le niveau d'activité physique en une semaine. Les adolescents devaient cocher, à partir d'une liste de 18 activités, les jours où ils avaient pratiqué les activités durant au moins 15 minutes d'affilée. Ils pouvaient également répondre qu'ils n'en avaient pas fait. Par la suite, les résultats permettent d'identifier si le niveau d'activité physique est bas (zéro à deux), modéré (trois à six), élevé (7 à 13) ou très élevé (14 et plus). De plus, une question sur la perception qu'ont les adolescents de leur niveau d'activité physique comparativement à l'année dernière a été retenue du « Activity Rating Scale » (Sallis & al., 1993). Cette question a également été utilisée et validée lors de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). La perception du niveau d'activité physique

a été évaluée par cinq énoncées de type Likert allant de beaucoup plus de sport ou d'activité physique que l'année dernière (un point) à beaucoup moins de sport ou d'activité physique que l'année dernière (cinq points).

#### *d. Loisirs*

Les loisirs explorés par cette étude sont divisés en deux catégories : la lecture et les activités culturelles soient le cinéma, la discothèque, les jeux vidéo, les spectacles de musique, les matchs sportifs et l'ordinateur. Les questions utilisées pour les loisirs sont tirées de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Afin d'évaluer les sources de lecture des jeunes, le nombre de lectures de zéro à trois sources parmi un journal, une revue ou un magazine et un livre a été évalué. Pour ce qui des activités culturelles, la somme des activités parmi aller au cinéma, aller dans une discothèque, aller dans une salle de jeux vidéo, aller dans un spectacle de musique et aller à un match sportif a été calculé. De plus, la présence ou non d'un ordinateur à la maison a été questionnée. Les résultats ont ensuite été comparés à ceux de l'ESSEA afin de situer les jeunes parmi les autres adolescents québécois.

#### *e. Habitudes de sommeil*

Les habitudes de sommeil ont été évaluées à partir de deux questions tirées de l'ESSEA (Aubin & al., 1999), le degré de repos au réveil et la satisfaction au sujet du sommeil. Le degré de repos le matin au réveil a été évalué à partir de quatre énoncées de type Likert allant de très reposé (un point) à pas du tout reposé (quatre points). La satisfaction du sommeil a été évaluée par une question dichotomique (oui/non).

#### *f. Habitudes alimentaires*

Afin de bien évaluer les habitudes et comportements alimentaires des adolescents, les questions portent sur la fréquence du déjeuner au cours d'une période de cinq jours d'école, le cadre social au souper et la fréquence à laquelle

les adolescents ont préparé leur souper eux-mêmes. Tout d'abord, une question sur le déjeuner a été tirée de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Celle-ci a également été inspirée d'une question d'une étude menée en France visant à explorer le même aspect (Preziosi & al., 1999). La question a exploré la fréquence du déjeuner au cours des cinq derniers jours d'école allant de cinq jours (un point) à aucun jour (cinq points). Ensuite, les questions qui relatent le cadre social au souper ont été inspirées de l'enquête québécoise sur la nutrition 1990 (Santé Québec, 1995) et ont été repris dans l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Ces questions ont exploré le nombre de fois pendant lesquels le jeune a soupé seul, avec sa famille ou avec des amis dans la dernière semaine. Aussi, une question sur la préparation du souper a été relevée des deux mêmes enquêtes (Santé Québec, 1995; Aubin & al., 1999). Il s'agit du nombre de fois que l'adolescent a préparé son souper lui-même dans la dernière semaine. Les résultats obtenus ont ensuite été comparés à ceux des adolescents québécois de l'ESSEA (Aubin & al., 1999).

#### *g. Habitudes de consommation*

Les habitudes de consommation comprennent l'usage de tabac, l'alcool et la drogue. La consommation de cigarettes a été évaluée par l'usage de cigarettes dans les 30 derniers jours, la quantité de cigarettes fumées par jour et le nombre d'amis qui fument. Ces questions ont été tirées de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998 (Loiselle, 1999). Pour ce qui est des questions sur la consommation d'alcool et de drogue, celles-ci ont été utilisées et validées par l'ESSEA (Aubin & al., 1999). La consommation d'alcool a été évaluée en fonction de la consommation au cours des 12 derniers mois et la fréquence de ces consommations. La consommation de drogue a été évaluée par une question dichotomique (oui/non). Le polyusage d'alcool et de drogues a également été évalué en plus des effets néfastes de celui-ci, et ce, par des questions dichotomiques (oui/non). Les résultats obtenus ont ensuite été comparés à ceux des adolescents du Québec.

#### *h. Estime de soi*

L'estime de soi est définie comme étant une perception positive ou négative de soi et a été évaluée à partir de la version canadienne française de l'échelle de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Cette traduction a été réalisée et validée par Vallières & Vallerand (1990). L'échelle de l'estime de soi comprenait 10 énoncés de type Likert qui offraient quatre choix de tout à fait d'accord (un point) à tout à fait en désaccord (quatre points). Le total des points a permis d'identifier si l'estime de soi était faible, moyenne ou élevée.

#### *i. Soutien social*

Le soutien social, soit un sous-ensemble du réseau social vers qui la personne se tourne ou pourrait se tourner pour obtenir de l'aide (Vaux, 1992), a été évalué à partir de l'instrument « Social Support Rating Scale Revised (Cauce & al., 1994). Cet instrument a été adapté, validé et utilisé dans le cadre de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Cette même version adaptée est utilisée pour ce mémoire. Les trois aspects du soutien social évalués sont le nombre de sources de soutien (de trois sources ou moins à six sources ou plus), la satisfaction face au soutien reçu (de satisfait à insatisfait) ainsi que la propension à se confier (de souvent à jamais). Les résultats ont ensuite été comparés aux résultats de l'enquête afin de comparer les jeunes de l'étude à l'ensemble des jeunes québécois.

#### *j. Soutien parental*

Pour bien définir la relation des adolescents avec leurs parents, le soutien affectif parental a été évalué à partir de neuf énoncés tirés originellement d'une échelle de l'enquête sur les Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais (Deschesnes & Schaefer, 1997) et adapté pour l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Cette version adaptée et validée a permis d'identifier le niveau de soutien affectif parental ainsi que le niveau de contrôle abusif parental. Toutefois, puisque la présente étude évalue les facteurs de protection, seul le niveau de soutien

affectif a été analysé. L'échelle du soutien affectif parental comprend quatre énoncés de type Likert qui offrait cinq choix de très souvent (un point) à jamais (cinq points). Le total des points a permis d'identifier si les soutiens affectif paternel et maternel étaient faibles, moyens ou forts.

### *Analyse des données*

Pour ce qui est de l'analyse des données recueillies, des analyses descriptives, des tests de t, des analyses de variance (ANOVA) et des corrélations ont été utilisées afin de vérifier la relation entre le risque suicidaire (variable dépendante), les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux (variables indépendantes). De plus, puisqu'il s'agissait de plus de trois variables, une analyse statistique multivariée a été de mise. Plus précisément, une analyse de régression linéaire multiple a été effectuée pour comprendre l'effet des facteurs de protection sur le risque suicidaire. Ceci a permis d'identifier les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux qui agissent comme facteurs de protection chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. À cette fin, le logiciel SPSS ver.18 a été utilisé.

### *Aspects éthiques*

Plusieurs aspects éthiques ont été pris en considération avant d'entreprendre cette étude. Tout d'abord, le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) et par le comité scientifique de l'HRDP. Une autorisation du Directeur des services professionnels de l'HRDP a aussi été obtenue afin d'accéder aux dossiers des patients. Ces dossiers ont été consultés et analysés par trois infirmières uniquement dans les locaux du service des archives de HRDP. Les données ont été et seront tenues confidentielles lors de toutes les étapes de l'étude. Afin d'assurer ceci, les données ont été consultées et analysées uniquement dans un

bureau, barré sous clé, situé à l'HRDP. Les données seront également conservées pour une durée minimale de sept ans suivant la remise du mémoire.

### *Retombées*

À long terme, les résultats de cette étude devraient favoriser l'élaboration d'interventions infirmières et psychoéducatives d'abord auprès d'adolescents ayant un suivi de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne souffrant d'un trouble de l'humeur en souhaitant prévenir de futures tentatives de suicide et améliorer la santé mentale des jeunes québécois.

## *RÉSULTATS*

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques qui ont été effectuées dans le cadre de cette étude. Le premier volet décrit les caractéristiques sociodémographiques, les scores obtenus par les sujets au SAD PERSONS Scale, les habitudes de vie ainsi que les facteurs psychosociaux. Le deuxième volet présente les relations entre le SAD PERSONS Scale et les caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux. Le troisième volet présente les relations entre les variables significatives des caractéristiques sociodémographiques, les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux.

### *Description de l'échantillon*

Un total de 101 adolescents de la CTH ont répondu au questionnaire sur les habitudes de vie. Cet échantillon se composait majoritairement de filles, soit 77,2%. L'âge des sujets variait entre 12 et 17 ans, avec une moyenne de 15,2 et un écart-type de 1,49. Au niveau socio-économique, en comparaison avec les élèves de leur classe, 9,9% des adolescents considéraient leurs conditions financières plus favorables que les autres, 50,5% les considéraient semblables aux autres et 8,9% les considéraient moins favorables que les autres. Il est à noter que 31 des adolescents n'ont pas répondu à cette dernière question. Le tableau suivant résume ces facteurs socio-démographiques :

Tableau 1  
Distributions de fréquence des caractéristiques sociodémographiques des participants (n=101)

	Caractéristiques sociodémographiques		
	<i>n</i>	%	% cum
<b>Âge</b>			
12 ans	3	3,0	3,0
13 ans	14	13,9	16,8
14 ans	19	18,8	35,6
15 ans	17	16,8	52,5
16 ans	23	22,8	75,2
17 ans	25	24,8	100,0
<b>Sexe</b>			
Garçon	23	22,8	22,8
Fille	78	77,2	100,0
<b>Conditions financières</b>			
Plus favorables aux autres	10	9,9	14,3
Semblables aux autres	51	50,5	87,1
Moins favorables aux autres	9	8,9	100,0
Sans réponse	31	69,3	

*Description des résultats obtenus sur le SAD PERSONS Scale*

Tel que mentionné dans la méthode, le score obtenu au SAD PERSONS Scale permet d'identifier le niveau du risque suicidaire des adolescents. Afin d'évaluer ce niveau de risque chez les adolescents de l'étude, trois infirmières-évaluatrices ont rempli, de façon individuelle, le SAD PERSONS Scale. Une moyenne des trois scores obtenus a ensuite été calculée pour chaque adolescent et retenue pour les analyses. Le tableau 2 présente les résultats en regard de la distribution des sujets en fonction du score obtenu au SAD PERSONS Scale à partir de la moyenne des trois infirmières-évaluatrices. Sur l'échantillon de 101 jeunes de 12 à 17 ans, 4,0% présentaient un risque

suicidaire faible, 88,0% présentaient un risque suicidaire modéré et 8,0% présentaient un risque élevé.

Tableau 2

Répartition des participants selon le score du SAD PERSONS Scale (n=101)

Score au SAD PERSONS Scale	<i>n</i>	%	% cum
0	0	0	0
1	0	0	0
2	4	4,0	4,0
3	14	14,0	17,8
4	20	19,6	37,6
5	39	38,6	76,2
6	16	15,9	92,1
7	7	7,0	99,0
8	1	1,0	100,0
9	0	0	
10	0	0	

*Description des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux des participants*

Les habitudes de vie identifiées pour ce mémoire, soit l'école, le travail, l'activité physique, les loisirs, le sommeil, l'alimentation ainsi la consommation de cigarette, de drogue et d'alcool, sont décrites dans les tableaux 3 à 10. Suivent ensuite, les facteurs psychosociaux, soit l'estime de soi et le réseau de soutien dans les tableaux 11 et 12.

Tableau 3  
Les habitudes scolaires des participants

	École	
	N	%
Indice de confiance en soi à l'école		
- Faible indice de confiance en soi à l'école	22	21,8
- Fort estime de confiance en soi à l'école	41	40,6
- Sans réponse	38	37,6
Nombre d'heures consacrées aux études par semaine		
- 5 heures et moins	84	83,1
- Plus de 5 heures	13	11,9
- Sans réponse	5	5,0
Aspirations scolaires		
- Diplôme d'études secondaires	8	7,9
- Diplôme d'études professionnelles	12	11,9
- Diplôme d'études collégiales	19	18,8
- Diplôme universitaire	31	30,7
- Sans réponse	31	30,7
Climat à l'école		
- Mauvais	17	16,8
- Bon	47	46,5
- Sans réponse	37	36,6

Tableau 4  
Le travail des participants

	Travail	
	N	%
Emploi rémunéré		
- Oui	17	16,8
- Non	77	76,2
- Sans réponse	7	6,9

Tableau 5  
Les activités physiques des participants

	Activité physique	
	<i>N</i>	%
Total d'activité physique par semaine		
- Niveau bas d'activité physique	69	68,3
- Niveau modéré d'activité physique	15	14,9
- Niveau élevé d'activité physique	16	15,8
- Sans réponse	1	1,0
Niveau d'activité physique comparé à l'an dernier		
- Moins	47	46,6
- Autant	15	14,9
- Plus	33	32,7
- Sans réponse	6	5,9

Tableau 6  
Les loisirs des participants

	Loisirs	
	<i>N</i>	%
Nombre de sources de lecture pour le plaisir par semaine		
- Aucune		
- 1	18	17,8
- 2	28	27,7
- 3	26	25,7
- Sans réponse	15	14,9
Pratique de loisirs en une semaine	14	13,9
- Aucune		
- 1	59	58,4
- 2	27	26,7
- 3	7	6,9
- Sans réponse	1	1,0
As-tu un ordinateur à la maison?	7	6,9
- Oui		
- Non	84	83,2
- Sans réponse	13	12,9
	4	4,0

Tableau 7  
Les habitudes de sommeil des participants

	Sommeil	
	<i>N</i>	%
Degré de repos au réveil		
- Très reposé	4	4,0
- Modérément reposé	18	17,8
- Peu reposé	31	30,7
- Pas du tout reposé	20	19,8
- Sans réponse	28	27,7
Satisfaction du sommeil		
- Oui	16	15,8
- Non	56	55,4
- Sans réponse	28	28,7

Tableau 8  
Les habitudes alimentaires des participants

	Alimentation	
	N	%
Fréquence du déjeuner (pendant 5 derniers jours d'école)		
- 3 à 5 jours	51	50,5
- 1 ou 2 jour (s)	23	22,8
- Aucun jour	24	23,8
- Sans réponse	3	3,0
Nombre de fois que tu as soupé seul la dernière semaine		
- Aucune fois	44	43,6
- 1 à 2 fois	20	19,8
- 3 à 7 fois	22	21,7
- Sans réponse	15	14,9
Nombre de fois que tu as soupé avec ta famille la dernière semaine		
- Aucune fois	9	8,9
- 1 à 2 fois	14	13,9
- 3 à 7 fois	67	66,3
- Sans réponse	11	10,9
Nombre de fois que tu as soupé avec tes amis la dernière semaine		
- Aucune fois	48	47,5
- 1 à 2 fois	25	24,8
- 3 à 7 fois	11	11,8
- Sans réponse	17	16,8
Nombre de fois que tu as préparé ton souper toi-même la dernière semaine		
- Aucune fois	51	50,5
- 1 à 2 fois	36	35,6
- 3 à 7 fois	10	9,9
- Sans réponse	4	4,0

Tableau 9  
La consommation de cigarette des participants

	Cigarette	
	N	%
As-tu fumé au cours des 30 derniers jours?		
- Non	33	32,7
- Oui, durant quelques jours	22	21,8
- Oui, presque à tous les jours	3	3,0
- Oui, à tous les jours	14	13,9
- Sans réponse	29	28,7
Nb de cigarettes fumées par jour		
- Aucune	23	22,7
- 1 à 5 cigarette (s)	8	8,0
- 6 à 20 cigarettes	14	13,8
- Plus de 20 cigarettes	7	6,9
- Sans réponse	49	48,5
Nb d'amis qui fument la cigarette		
- Quelques-uns	36	35,6
- La plupart	33	32,7
- Sans réponse	32	31,7

Tableau 10  
La consommation de drogue et/ou d'alcool des participants

	Alcool/drogue	
	N	%
As-tu bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois?		
- Oui	73	72,3
- Non	23	22,8
- Sans réponse	5	5,0
À quelle fréquence as-tu bu au cours des 12 derniers mois?		
- Juste pour goûter	13	12,9
- Moins d'une fois par mois	20	19,8
- À peu près chaque mois	28	27,7
- À peu près chaque semaine	14	13,9
- Sans réponse	26	25,7
As-tu déjà consommé de la drogue?		
- Oui	50	49,5
- Non	39	38,6
- Sans réponse	12	11,9
As-tu déjà consommé de l'alcool alors que tu prenais de la drogue?		
- Oui	34	33,7
- Non	32	31,7
- Sans réponse	35	34,7
Est-ce que ta consommation de drogue ou d'alcool t'a nuï?		
- Oui	19	18,8
- Non	34	33,7
- Sans réponse	48	47,5

Tableau 11  
L'estime de soi des participants

	Estime de soi	
	N	%
Niveau d'estime de soi		
- Faible	11	10,9
- Moyen	53	52,5
- Élevé	5	5,0
- Sans réponse	32	31,7

Tableau 12  
Le soutien social et parental des participants

	Soutien social	
	N	%
Nombre de sources de soutien		
- 3 sources ou moins	11	10,9
- 4 sources	10	9,9
- 5 sources	7	6,9
- 6 sources ou plus	5	5,0
- Sans réponse	68	67,3
Satisfaction face au soutien reçu		
- Insatisfait	6	5,9
- Plus ou moins satisfait	19	18,8
- Satisfait	34	33,7
- Sans réponse	42	41,6
Propension à se confier		
- Jamais	10	9,9
- Quelquefois	56	55,4
- Souvent	33	32,7
- Sans réponse	2	2,0
Soutien affectif maternel		
- Faible	33	32,7
- Moyen	17	16,8
- Élevé	18	17,8
- Sans réponse	33	32,7
Soutien affectif paternel		
- Faible	15	14,9
- Moyen	16	15,8
- Élevé	25	24,8
- Sans réponse	45	44,6

### *Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et le SAD PERSONS Scale*

Afin d'examiner la relation entre les variables sociodémographiques des sujets et le score au SAD PERSONS Scale, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées. Tout d'abord, une comparaison des moyennes du sexe des sujets et du score au SAD PERSONS Scale a été réalisée. Les résultats de ce test de t suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative ( $p \geq 0,05$ ) entre le sexe des sujets et le score au SAD PERSONS Scale. Ensuite, une analyse de corrélation a permis d'examiner la relation entre l'âge des sujets et le score au SAD PERSONS Scale. Les résultats de cette analyse révèlent une corrélation non significative entre ces variables ( $r=0,009$ ,  $p \geq 0,05$ ). Enfin, l'analyse de variance (ANOVA) entre le statut socio-économique et le SAD PERSONS Scale s'est également avérée non significative ( $f=1844$ ,  $p \geq 0,05$ ).

### *Relations entre les habitudes de vie et le SAD PERSONS Scale*

Afin d'examiner les relations entre les habitudes de vie des sujets et le score au SAD PERSONS, des analyses du test de t, des analyses de variance (ANOVA) ainsi que des corrélations de Pearsons ont été effectuées.

Premièrement, des analyses du test de t ont permis d'examiner les relations entre les variables dichotomiques et la variable continue (SAD PERSONS Scale). Les résultats des analyses entre les moyennes des variables reliées aux habitudes scolaires, au travail, aux loisirs ainsi qu'au sommeil des sujets n'ont pas démontré de différences significatives avec la moyenne du score du SAD PERSONS Scale (Tableau 13). D'un autre côté, le nombre d'amis qui fument la cigarette ( $t=0,552$ ,  $p \leq 0,05$ ), la consommation de drogue ( $t=4,530$ ,  $p \leq 0,05$ ) et la polyconsommation de drogue et d'alcool ( $t=2,965$ ,  $p \leq 0,05$ ) démontrent des résultats statistiquement significatifs (Tableau 13).

Tableau 13

Analyse de Test-T entre les variables des habitudes de vie/facteurs psychociaux et le SAD PERSONS Scale

Variable	M	ÉT	t
Indice de confiance en soi à l'école			2,17
- Faible	5,15 (n=22)	1,22	
- Fort	4,54 (n=41)	0,98	
Heures consacrées aux études			1,86
- 5 heures et moins	4,74 (n=84)	1,19	
- Plus de 5 heures	4,06 (n=12)	1,17	
Climat à l'école			2,21
- Mauvais climat	5,24 (n=17)	0,89	
- Bon climat	4,58 (n=47)	1,09	
Présence d'un emploi rémunéré			1,73
- Oui	5,18 (n=17)	1,14	
- Non	4,62 (n=77)	1,21	
Possession d'un ordinateur à la maison			-1,0
- Oui	4,73 (n=84)	1,23	
- Non	4,77 (n=13)	1,12	
Satisfaction du sommeil			0,40
- Oui	4,56 (n=16)	0,84	
- Non	4,75 (n=56)	1,17	
Nombre d'amis qui fument la cigarette			0,55*
- Quelques-uns	4,84 (n=36)	1,23	
- La plupart	4,99 (n=33)	0,94	
Consommation d'alcool			3,09
- Oui	4,95 (n=73)	1,15	
- Non	4,09 (n=23)	1,19	
Consommation de drogue			4,53*
- Oui	5,25 (n=50)	0,92	
- Non	4,17 (n=39)	1,25	
Consommation d'alcool et de drogue			2,97*
- Oui	5,41 (n=34)	0,81	
- Non	4,64 (n=32)	1,25	
Effet nocif de la consommation de drogue et/ou d'alcool			1,28
- Oui	5,37 (n=19)	0,87	
- Non	4,99 (n=34)	1,11	

Note.\*= $p \leq .05$

Deuxièmement, des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées entre les variables nominales ou ordinales et la variable continue (SAD PERSONS Scale). Il ressort tout d'abord que les habitudes scolaires, l'activité physique et les habitudes de sommeil ne sont pas reliées au risque suicidaire (tableaux 14 à 16). D'autre part, le tableau 17 démontre une relation statistiquement significative ( $p < 0,01$ ) entre le risque suicidaire et le fait de souper en famille. Plus précisément, le risque suicidaire diminue lorsque le jeune soupe avec sa famille pendant la semaine. Les résultats du tableau 18 démontrent une différence significative ( $t = 2,990$ ,  $p < 0,05$ ) des moyennes de la variable « cigarette(s) fumée(s) dans les 30 derniers jours » et le score au SAD PERSONS Scale. Le score obtenu au SAD PERSONS Scale est donc statistiquement plus élevé chez les sujets ayant fumé plus fréquemment durant les 30 derniers jours. Les résultats du tableau 19 démontrent que le score obtenu au SAD PERSONS Scale est également statistiquement plus élevé ( $t = 8,152$ ,  $p < 0,01$ ) chez les sujets ayant consommé de l'alcool plus fréquemment lors des 12 derniers mois. Les autres variables analysées ne permettent pas d'identifier une relation significative avec le score du SAD PERSONS Scale.

Tableau 14

Anova entre les habitudes scolaires et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Aspirations scolaires			2,74
DES	5,71 (n=8)	1,15	
DEP	4,78 (n=12)	1,08	
DEC	4,67 (n=19)	1,45	
Diplôme universitaire	4,34 (n=31)	1,11	

Tableau 15  
Anova entre l'activité physique et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Activité physique			0,09
Niveau bas	4,72 (n=69)	1,29	
Niveau modéré	4,62 (n=15)	1,01	
Niveau élevé	4,81 (n=16)	1,12	
Perception activité physique			0,13
Moins	4,70 (n=47)	1,30	
Autant	4,60 (n=15)	0,98	
Plus	4,79 (n=33)	1,29	

Tableau16  
Anova entre les habitudes de sommeil des participants et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Degré de repos au réveil			0,76
Très reposé	4,67 (n=4)	0,82	
Modérément reposé	4,35 (n=18)	0,79	
Peu reposé	4,83 (n=31)	1,14	
Pas du tout reposé	4,93 (n=20)	1,34	

Tableau 17  
Anova entre l'alimentation et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Fréquence du déjeuner			1,94
3 jours ou plus	4,49 (n=51)	1,18	
1 ou 2 jour(s)	4,90 (n=23)	1,24	
Aucun jour	5,03 (n=24)	1,25	
Seul pour souper			0,38
Aucune fois	4,79 (n=44)	1,16	
1 ou 2 fois	4,53 (n=20)	1,26	
3 à 7 fois	4,82 (n=22)	1,22	
Souper avec famille			6,36***
Aucune fois	4,51 <sup>ab</sup> (n=48)	1,25	
1 ou 2 fois	4,97 <sup>a</sup> (n=25)	1,00	
3 à 7 fois	4,47 (n=67) <sup>ab</sup>	1,15	
Souper avec amis			1,336
Aucune fois	4,51 (n=48)	1,253	
1 ou 2 fois	4,97 (n=25)	1,004	
3 à 7 fois	4,85 (n=11)	1,277	
Préparation du souper			2,450
Aucune fois	4,61 (n=51)	1,209	
1 ou 2 fois	4,63 (n=36)	1,126	
3 à 7 fois	5,50 (n=10)	1,372	

Note. Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ( $p < 0,05$ ).

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

Tableau 18  
Anova entre la consommation de cigarette et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Cigarette (30 derniers jours)			2,99*
Non	4,46 <sup>ab</sup> (n=33)	1,07	
Durant quelques jours	5,20 <sup>ab</sup> (n=22)	1,05	
Presqu'à tous les jours	5,11 <sup>ab</sup> (n=3)	0,19	
Oui, à tous les jours	5,21 <sup>ab</sup> (n=14)	0,98	
Nombre de cigarettes par jour			2,58
Aucune	4,64 (n=23)	1,00	
1 à 5 cigarette(s)	5,17 (n=8)	0,74	
6 à 20 cigarettes	5,33 (n=14)	0,80	
Plus de 20 cigarettes	5,38 (n=7)	0,56	

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ( $p < 0,05$ ).

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

Tableau 19  
Anova entre la consommation d'alcool et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Fréquence alcool (12 mois)			8,15***
Pour goûter	4,38 <sup>a</sup> (n=13)	1,54	
Moins d'une fois par mois	4,12 <sup>a</sup> (n=20)	1,20	
Chaque mois	5,11 <sup>a</sup> (n=28)	0,85	
Chaque semaine	5,81 <sup>a</sup> (n=14)	0,75	

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ( $p < 0,05$ ).

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

Troisièmement, pour vérifier les relations entre les variables continues entre elles, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Le tableau 20 illustre que le score au SAD PERSONS Scale est relié de façon statistiquement significative au nombre de sources de lectures des sujets par semaine. Toutefois, il n'y a pas de relation significative entre le nombre de loisirs par semaine et le score au SAD PERSONS Scale.

Tableau 20  
Analyse de corrélations de Pearson entre le nombre de sources de lectures et le nombre de loisirs avec le SAD PERSONS Scale

	LOISIRS	
	Nombre de sources de lecture par semaine	Nombre de loisirs par semaine
SAD PERSONS Scale	-0,27*	0,04

*Note.* \* $p \leq 0,05$

*Relations entre les facteurs psychosociaux et le SAD PERSONS Scale*

Afin d'examiner les relations entre les variables nominales ou ordinales (facteurs psychosociaux) et la variable continue (SAD PERSONS Scale), des analyses de variances (ANOVA) ont été effectuées. Dans le tableau 22, les résultats démontrent une différence significative ( $f=3,684$ ,  $p<0,05$ ) entre les moyennes de la variable « satisfaction face au soutien reçu » et le SAD PERSONS Scale. Statistiquement, le score obtenu au SAD PERSONS Scale augmente de façon significative lorsque les sujets sont plus satisfaits du soutien reçu. Le tableau 23 démontre une relation significative entre le soutien maternel et le score au SAD PERSONS Scale ( $f=3,429$ ,  $p<0,05$ ) ainsi qu'entre le soutien paternel et le score au SAD PERSONS Scale ( $f=11,710$ ,  $p<0,001$ ). Il ressort que plus le soutien affectif maternel et paternel est fort, plus le score au SAD PERSONS Scale est élevé. Pour les autres variables des tableaux 21 à 23, il ne ressort aucun résultat statistiquement significatif des analyses de variance effectuées.

Tableau 21  
Anova entre l'estime de soi et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Estime de soi			1,84
Faible	4,45 (n=11)	0,91	
Moyenne	4,82 (n=53)	1,14	
Élevée	5,60 (n=5)	1,09	

Tableau 22  
Anova entre le soutien social et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Nombre de sources de soutien			1,81
3 sources et moins	5,18 (n=11)	1,20	
4 sources	4,73 (n=10)	1,04	
5 sources	4,00 (n=7)	1,07	
6 sources et plus	4,60 (n=5)	0,60	
Satisfaction face au soutien reçu			3,68*
Insatisfait(e)	5,89 <sup>a</sup> (n=6)	1,13	
Plus ou moins satisfait(e)	4,88 <sup>ab</sup> (n=19)	0,99	
Satisfait(e)	4,65 <sup>a</sup> (n=34)	1,04	
Propension à se confier			0,01
Jamais	4,77 (n=10)	1,37	
Quelquefois	4,70 (n=56)	1,33	
Souvent	4,71 (n=33)	1,01	

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ( $p < 0,05$ ).

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

Tableau 23  
Anova entre le soutien parental et le SAD PERSONS Scale

	SAD PERSONS SCALE		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Soutien affectif maternel		1,07	3,43*
Faible	5,05 <sup>ab</sup> (n=33)	1,04	
Moyen	4,51 <sup>ab</sup> (n=17)	1,24	
Fort	4,24 <sup>ab</sup> (n=18)		
Soutien affectif paternel		1,0	11,71***
Faible	5,73 <sup>a</sup> (n=15)	0,85	
Moyen	4,33 <sup>a</sup> (n=16)	1,00	
Fort	4,33 <sup>a</sup> (n=25)		

*Note.* Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ( $p < 0,05$ ).

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

*Relation entre les variables significatives des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux*

Afin d'analyser les relations entre les variables significatives des caractéristiques sociodémographiques, des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux, des tests de khi-deux ont été utilisés. Le tableau 24 démontre que quelques variables sont corrélées entre elles. En effet, tel que mentionné par Cohen, Cohen, West, & Aiken (2003), dans une analyse de régression, les variables corrélées entre elles ont tendance à apparaître comme non significativement reliées avec la variable dépendante alors qu'elles le sont en l'absence d'une telle corrélation. Pour cette raison, l'analyse de régression effectuée (tableau 25) comprend les variables les moins corrélées entre elles. Les résultats de cette analyse rapportent un effet statistiquement significatif entre la consommation de drogue ( $p < 0,01$ ), le souper en famille ( $p < 0,05$ ) et le risque suicidaire des adolescents de l'étude. Plus précisément, les jeunes qui ne consomment pas de drogue ont un risque suicidaire plus faible que ceux qui consomment. Aussi, le risque suicidaire tend à diminuer lorsque l'adolescent soupe plus avec sa famille pendant la semaine. Les variables de la drogue et du souper en famille ont donc un impact statistiquement significatif sur le risque suicidaire des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.



Tableau 25

Régression multiple des variables des habitudes de vie sur le risque suicidaire

Variable	B	<i>ETB</i>	Bêta	t	p
Travail rémunéré	0,15	0,31	0,05	0,47	0,64
Souper en famille	-0,77	0,27	-0,28	-2,86***	0,01
Cigarette	0,39	0,27	0,16	1,43	0,16
Drogue	0,69	0,29	0,28	2,40*	0,01
Heures consacrées aux études	-0,45	0,36	-0,12	-1,24	0,22
Alcool	0,26	0,31	0,09	0,85	0,40
Ordinateur	0,23	0,34	0,06	0,66	0,51
CONSTANTE	7,86				

## *DISCUSSION*

Ce chapitre inclut la portée, l'interprétation et la discussion des résultats de l'étude. D'abord, la qualité de l'échantillon obtenu sera discutée ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des sujets. Ensuite, les variables clés de l'étude seront brièvement discutées, soit les habitudes de vie, les facteurs psychosociaux et le SAD PERSONS Scale. Une discussion sur la relation entre les variables clés, les variables significatives et les limites de l'étude suivra. Puis, les recommandations pour la recherche ainsi que pour la pratique infirmière seront décrites.

### *Description de l'échantillon et des variables sociodémographiques*

L'échantillon de cette étude comprend 101 adolescents de 12 à 17 ans atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Ces adolescents ont tous été évalués à Clinique des troubles de l'humeur de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Cet échantillon se distingue des autres études puisque les études recensées portent majoritairement sur des adolescents en milieux scolaires et en centres jeunesse, n'ayant pas nécessairement de suivi pour un trouble de l'humeur avec risque suicidaire (Ahmadi, 2009; Pronovost, Leclerc & Dumont, 2004; Kidd & al., 2006; Lee, Loke, Wu & Ho, 2010; Fleming & al. 2007; Roberts, Roberts & Xing, 2010). Le mode de l'âge des participants de l'étude était de 17 ans, ce qui est attendu puisque plusieurs études confirment que le risque suicidaire est plus élevé chez les adolescents de 15 ans et plus (Groholt & al., 1998 ; Walvogel, Rueter & Oberg, 2008). Ceci rejoint aussi les données statistiques du Québec en 2008 qui rapportent un nombre plus élevé de suicides chez les jeunes de 15 à 19 ans que chez ceux de moins de 15 ans (Gagné & St-Laurent, 2010). En ce qui concerne la moyenne d'âge des adolescents de l'étude, soit 15,2 ans, celle-ci concorde avec plusieurs études portant sur les facteurs de protection du suicide chez les adolescents dont 15,6 ans dans Pronovost, Leclerc & Dumont (2004) et 15,9 ans dans Sharaf, Thompson & Walsh (2009). Pour ce qui est du sexe des participants, le nombre élevé de filles bénéficiant d'un suivi peut être relié au fait que celles-ci ont vécu un nombre de

tentatives suicidaires plus élevé que les garçons, ce qui peut se traduire par un plus grand nombre d'hospitalisations et de suivis que chez les garçons.

Concernant le statut socioéconomique de l'échantillon, la moitié des adolescents considérait leur condition financière semblable à celle des autres. Ces résultats se distinguent des études recensées (Sharaf, Thompson & Walsh, 2009; Bernburg, Thorlindsson & Sigfusdottir, 2008; Goldstein & al., 2009) dont les adolescents rapportaient des conditions financières plus favorables ou moins favorables que les autres jeunes de leur âge. Pourtant, les échantillons de ces études dont des jeunes de 14 à 21 ayant un risque suicidaire (Sharaf, Thompson & Walsh) et des jeunes de 7 à 17 atteints d'un trouble bipolaire avec idéations suicidaires (Goldstein & al) se rapprochaient beaucoup de celui de notre étude. Par contre, aucune de ces études n'a eu lieu au Québec. Si l'on compare les résultats de la présente étude à ceux obtenus lors de l'ESSEA (Aubin & al, 2002), la majorité (72,6%) des adolescents de l'enquête considéraient leur condition financière dans la moyenne. Les résultats obtenus dans les études antérieures nous portent à croire que cette différence est liée au fait que les jeunes de notre étude ont un trouble de l'humeur avec risque suicidaire et que, tel que mentionné précédemment, ceux-ci ont tendance à avoir des conditions financières plus favorables ou moins favorables que les autres jeunes de leur âge (Sharaf, Thompson & Walsh; Bernburg, Thorlindsson & Sigfusdottir; Goldstein & al.).

#### *L'effet des variables sociodémographiques sur le SAD PERSONS Scale*

Il ressort de notre étude que les variables sociodémographiques ne sont pas statistiquement liées au score du SAD PERSONS Scale. Pourtant, plusieurs études rapportent que le risque suicidaire semble augmenter chez les adolescents de plus de 15 ans (Groholt & al., 1998; Gagné & St-Laurent, 2010; Brent & al., 1999). Plusieurs études ont également identifié que les garçons étaient plus à risque que les filles (Smalley, Scourfield & Greenland, 2005; Shaffer, 2004; Greydanus & Calles, 2007), ce qui diffère des résultats de l'étude.

Enfin, les résultats obtenus en ce qui a trait aux conditions financières soutiennent l'étude de Goldstein & al. (2009), effectuée auprès de 446 jeunes atteints du trouble bipolaire, qui ne relate aucune relation significative entre le statut socioéconomique et les idéations suicidaires. Nos résultats peuvent aussi être reliés au fait que notre échantillon est composé majoritairement de filles qui, selon l'étude de Qin, Agerbo & Mortensen (2003), sont moins affectées par leur statut socioéconomique. De plus, ce sont des enfants ou des adolescents, ce qui change la perception de la situation. Bref, les résultats de notre étude ne démontrent aucun lien entre le statut socioéconomique et le risque suicidaire des adolescents de l'étude.

### *L'effet des habitudes de vie et facteurs psychosociaux des participants sur le SAD PERSONS Scale*

Cette section présente une discussion sur les analyses des habitudes de vie et les facteurs psychosociaux des participants. À cet effet, les résultats sont tout d'abord comparés aux résultats de l'ESSEA (Aubin & al., 2002) puis ensuite aux autres études décrites dans la recension des écrits.

#### *a. Habitudes scolaires*

La comparaison des résultats sur les habitudes scolaires des jeunes de la présente étude et ceux de l'ESSEA (Aubin & al., 2002) présente certaines ressemblances et plusieurs différences. Tout d'abord, 40,6 % des adolescents de l'étude ont une forte confiance en soi à l'école et 83,1% consacrent 5 heures et moins aux devoirs et leçons par semaine comparativement à 78,6% et 92%, respectivement, pour les jeunes de l'enquête. Ensuite, 49,5% souhaitent obtenir un diplôme d'études collégiales ou universitaires comparativement à 69,8% des adolescents de l'enquête. Enfin, 46,5% considèrent profiter d'un bon climat à l'école comparativement à 86,8% des jeunes de l'enquête. Selon l'étude de Walsh et Eggert (2007), les jeunes ayant un risque suicidaire ont tendance à

présenter plus de difficultés scolaires ce qui peut expliquer la différence entre les résultats obtenus auprès des jeunes de milieu scolaire de l'enquête et ceux obtenus auprès d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Toutefois, les analyses de moyennes effectuées (T-test et Anova) dans cette étude ne révèlent aucun lien significatif entre les variables des habitudes scolaires et le score au SAD PERSONS Scale. Ces résultats diffèrent de l'étude de Cheng & al. (2009), qui ont rapporté une diminution du risque suicidaire chez des jeunes de 14 à 21 ans ayant des habitudes scolaires qui agissaient comme facteurs de protection. Les études de Walsh & Eggert (2007), Resnick & al. (1997) et Fleming & al. (2007) relatent également des liens significatifs entre les habitudes scolaires et le risque suicidaire. Cependant, les études mentionnées n'ont pas analysé les mêmes variables que notre étude en ce qui a trait aux habitudes scolaires d'où une divergence possible des résultats. Fleming & al. (2007) ont identifié le soutien professoral, le soutien des parents pour l'école, le sentiment de sécurité à l'école et le taux d'absentéisme comme étant tous des facteurs qui sont reliés au risque suicidaire, et ce, de façon positive ou négative. D'un autre côté, Cheng & al. (2009) ont identifié, à partir de régressions logistiques, une combinaison d'habitudes scolaire qui diminuent le risque suicidaire. Il serait donc pertinent, pour des études futures, d'analyser d'autres aspects des habitudes scolaires ou la combinaison de plusieurs facteurs scolaires sur le risque suicidaire afin d'obtenir des résultats plus concluants. Bref, les résultats des habitudes scolaires analysées pour ce mémoire ne nous permettent pas de les identifier comme facteurs de protection pour le suicide pour notre échantillon.

#### *b. Travail rémunéré*

Les résultats de cette étude démontrent que 16,8% des jeunes ont un emploi rémunéré en comparaison avec 29,4% les adolescents de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Toutefois, les résultats du test de t entre la présence d'un emploi rémunéré et le score au SAD PERSONS Scale ne révèlent aucun lien

significatif. Ces résultats concordent avec ceux des études précédentes qui n'ont pas démontré de lien entre le travail et le risque suicidaire chez les adolescents (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1994; Brown, Overholser, Spirito & Fritz, 1991). Le faible pourcentage d'adolescents ayant un travail rémunéré peut être lié aux problèmes de santé mentale, plus précisément à la présence d'un trouble de l'humeur. Plusieurs études relatent une augmentation du taux d'absentéisme, de la perte d'emploi et du taux de chômage chez les personnes qui souffrent d'une maladie mentale (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003; Krupinski, Tiller, Burrows & Hallenstein, 1994; Hawton & Van Heeringen, 2009). Bref, les résultats de cette étude n'ont pas permis d'identifier un lien statistiquement significatif entre le travail rémunéré et le risque suicidaire. Ces résultats concordent également avec les résultats mentionnés précédemment en ce qui a trait à la relation non significative entre le statut-socioéconomique des adolescents et le risque suicidaire.

*c. Activité physique*

Afin d'évaluer les activités physiques des participants, une analyse du niveau d'activité physique par semaine ainsi que de la comparaison de ce niveau avec l'année précédente a été réalisée. Les résultats révèlent que 30,7% des adolescents de l'étude présentent un bas niveau d'activité physique par semaine comparativement à seulement 13,6% des jeunes de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). De plus, 46,6% des adolescents estimaient faire moins d'activité physique que l'année précédente comparativement à 20,8% pour les jeunes de l'enquête. Les résultats obtenus sont semblables à ceux de Taliaferro & al. (2008), qui indiquaient que les jeunes présentant un plus grand sentiment de désarroi avaient tendance à faire moins d'activité physique. Par contre, ces résultats ne s'appliquaient que pour les filles alors que dans notre étude, on ne constate pas cette différence. Les résultats de notre étude ne démontrent aucun lien significatif entre l'activité physique des adolescents et le score au SAD PERSON Scale. Or, l'étude de Fox (1999), avait établi qu'une pratique modérée d'activité

physique améliorerait la santé mentale en générale. Toutefois, cette étude a analysé l'effet de l'activité physique sur la dépression, l'humeur, le stress, l'anxiété et le sommeil alors que l'échantillon de notre étude avait un risque suicidaire. L'activité physique ne peut donc pas être identifiée comme facteur de protection du suicide.

#### *d. Loisirs*

Les loisirs analysés dans ce mémoire incluent la lecture, le cinéma, la discothèque, les jeux vidéo, les spectacles de musique et les matchs sportifs. Tel que mentionné auparavant, le nombre de sources de lecture ainsi que le nombre d'activités culturelles a été calculé. Les résultats obtenus quant au nombre de sources de lecture des adolescents de l'étude sont très semblables aux résultats de l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire, 17,8% n'avaient aucune source de lecture, 27,7% en avaient une, 25,7% en avaient deux et 14,9% en avaient trois alors que pour les jeunes de l'enquête les résultats étaient de 11,7%, 32,2%, 36,2% et 20,0% respectivement. Ces résultats ne révèlent pas de distinction majeure entre les jeunes de l'étude et de l'enquête. Aussi, 83,2% des jeunes de l'étude possèdent un ordinateur à la maison en comparaison avec 61,1% des jeunes de l'enquête. Cet écart peut être expliqué par l'évolution et l'augmentation de l'accessibilité à la technologie entre 1999 et 2006. Plus précisément, en 2007, le conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes(2008) ont rapporté que 79,0% des foyers au Québec possédaient un ordinateur à la maison, ce qui est une augmentation de 17,9% en comparaison avec les données de l'année 1999. Pour ce qui est du nombre d'activités culturelles parmi celles mentionnées ci-haut, aucune comparaison n'a pu être réalisée car elles n'ont pas été décrites dans l'enquête. Cependant, les résultats de cette étude démontrent que 58,4% des adolescents, soit plus de la majorité, n'ont pas pratiqué de loisirs de la semaine. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, selon Birkeland, Tosheim & Wold (2008), il semble avoir

un lien entre l'humeur dépressive et les loisirs. Plus précisément, les jeunes de 13 à 23 ans qui avaient une humeur dépressive étaient moins sujet à s'impliquer dans des loisirs. Ceci laisse supposer qu'il y a une diminution du nombre de loisirs des jeunes atteints d'un trouble de l'humeur. Une autre hypothèse plausible serait la possibilité que les adolescents aient d'autres activités culturelles que celles mentionnées dans le questionnaire. Les résultats se sont avérés significatifs uniquement pour les sources de lecture par semaine. Plus précisément, plus le jeune profitait de sources de lecture variées, moins le score au SAD PERSONS Scale était élevé. Les résultats de l'ESSEA (Aubin & al, 1999) démontrent que les jeunes qui avaient plus de sources de lecture avaient plus de variété au niveau de leurs activités de loisir ce qui peut expliquer, indirectement, le lien entre la lecture, les loisirs et le risque suicidaire. Bref, les résultats de l'étude démontrent donc que la lecture variée peut agir comme facteur de protection du suicide, ce qui n'a été identifié dans aucune autre étude antérieure.

*e. Habitudes de sommeil*

Les résultats de l'étude révèlent que seulement 15,8% des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire sont satisfaits de leur sommeil et seulement 4% se disent très reposé au réveil. Dans l'ESSEA (Aubin & al., 1999), les résultats obtenus relatent que 61,5% des adolescents n'ont que rarement ou jamais de la difficulté à dormir. Selon l'étude de Goldstein, Bridge & Brent (2008), les jeunes éprouvant de la difficulté à dormir présentaient un risque suicidaire plus élevé. Cependant, les résultats de ce mémoire ne démontrent aucune relation entre le sommeil et le score au SAD PERSONS Scale, ce qui ne nous permet pas d'identifier un bon sommeil comme facteur de protection du suicide.

*f. Habitudes alimentaires*

Tel que mentionné précédemment, des questions portant sur le déjeuner et le cadre social au souper ont permis d'évaluer les habitudes alimentaires des adolescents de l'étude. La comparaison avec l'ESSEA (1999) reflète que les adolescents de notre étude tendent à moins déjeuner et souper davantage avec leur famille que les adolescents québécois. Pour ce qui est de souper seuls, de souper avec leurs amis et de préparer leurs repas par eux-mêmes, les résultats sont relativement semblables. Les analyses de variances menées afin de vérifier le lien entre les habitudes alimentaires et le score au SAD PERSONS Scale démontrent uniquement un lien statistiquement significatif entre le nombre de fois que l'adolescent a soupé avec sa famille et le risque suicidaire. Plus précisément, le risque suicidaire semble diminuer lorsque le jeune soupe avec sa famille. Il n'est pas possible de comparer ces résultats avec les écrits car aucune étude n'a analysé cet aspect des habitudes alimentaires avec le risque suicidaire. Cependant, selon l'ESSEA (Aubin & al, 1999), les adolescents qui soupent fréquemment avec leur famille ont un soutien affectif maternel et paternel élevé. Tel que décrit précédemment, les résultats de notre étude rapportent également un lien significatif entre le risque suicidaire et le soutien affectif parental, ce qui peut expliquer la relation significative entre le souper en famille et le risque suicidaire. Une autre hypothèse pouvant expliquer la relation entre le souper en famille et le risque suicidaire est la présence d'une dépression. Plus précisément, tel que spécifié dans le DSM-IV (APA, 2000) une personne qui souffre de dépression présente souvent une altération de l'appétit donc le fait de souper avec un proche peut donc possiblement agir comme facteur de protection. Bref, la présente étude démontre que le fait de souper en famille semble agir comme facteur de protection du suicide, ce qui n'a pas été identifié auparavant.

*g. Habitudes de consommation*

Pour ce mémoire, l'usage de cigarette, de drogue et d'alcool a été analysé auprès d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. En premier lieu, l'usage de cigarette a été évalué sous trois aspects, soit la fréquence à laquelle le jeune a fumé lors des 30 derniers jours, le nombre de cigarettes fumées par jour ainsi que le nombre d'amis fumeurs. Les résultats de cette étude révèlent que seulement 32,7% des adolescents n'avaient pas fumé lors des 30 derniers jours comparativement à 72,5% dans l'ESSEA (Aubin & al., 1999). Toutefois, seulement 6,9% des fumeurs de l'étude avaient fumé plus de 6 cigarettes par jour comparativement à 34,3% des jeunes de l'enquête. Pour ce qui concerne le nombre d'amis fumeurs, 35,6% des jeunes de l'étude rapportaient ne fréquenter que quelques amis fumeurs alors que 56,3% des adolescents de l'enquête faisaient de même. Les résultats du Test-t révèlent une association statistiquement significative entre le nombre d'amis qui fument et le score au SAD PERSONS Scale ce qui signifie que le groupe dont le nombre moyen d'amis qui fument est plus élevé présente un risque suicidaire plus élevé. Aussi, l'analyse effectuée relativement à la fréquence d'usage de cigarette par jour et le score au SAD PERSONS Scale démontre également des résultats statistiquement significatifs. Plus précisément, moins l'adolescent fume, moins le risque suicidaire est élevé. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus par Mäkikyrö & al. (2004) qui rapportent que les patients hospitalisés en psychiatrie qui fumaient régulièrement avaient un plus grand risque suicidaire. Il appert donc que le fait d'être non-fumeur de cigarette et ne pas avoir d'amis fumeurs assurerait une certaine protection au niveau du risque suicidaire.

En deuxième lieu, la consommation de drogue et d'alcool des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire a également été analysée. Les résultats indiquent que 72,3% des adolescents admettent avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois, dont 41,6% à une fréquence de plus d'une fois par mois et 49,5% admettent avoir consommé de la drogue. En

ce qui concerne la polyconsommation (drogue et alcool), 33,7% des adolescents admettent avoir pris de l'alcool alors qu'ils prenaient de la drogue et 18,8% des adolescents disent que leur consommation d'alcool et/ou de drogue leur a nui dans au moins une sphère de leur vie. Les résultats de l'ESSEA (Aubin & al., 1999) démontrent que 76,7% ont bu de l'alcool dans la dernière année dont 51,8% à une fréquence de plus d'une fois par mois et 33,8% ont consommé de la drogue. Aussi, 19,2% des jeunes de l'enquête disent avoir consommé de l'alcool alors qu'ils prenaient de la drogue et 8,3% admettent que leur consommation leur a nui. Les jeunes de l'étude consomment donc de l'alcool plus fréquemment, ont plus tendance à consommé de la drogue, ont plus tendance a polyconsommer et vivent plus de conséquences de leur consommation que les autres jeunes au Québec. Les résultats indiquent un lien significatif entre la consommation de drogue et la polyconsommation de drogue et d'alcool avec le score au SAD PERSONS Scale. Plus précisément, le risque suicidaire est diminué lorsque le jeune ne consomme pas de drogue et ne polyconsomme pas. Les analyses démontrent également un lien statistiquement significatif entre la fréquence de consommation d'alcool et le risque suicidaire, c'est-à-dire que moins le jeune boit d'alcool fréquemment, moins le risque suicidaire est élevé. Les résultats de l'étude concordent avec de nombreuses études antérieures qui démontrent que la consommation de drogue et d'alcool augmente le risque suicidaire des adolescents (Berman & Shwartz, 1990; Halfors & al, 2004; Felts, Chenier & Barnes, 1992; Roberts, Roberts & Xing, 2010; Windie, 2004; Denny & al., 2007). Enfin, le fait de ne pas consommer de drogue ni d'alcool semble protéger des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur au niveau de leur risque suicidaire.

#### *h. Estime de soi*

Tel que mentionné précédemment, l'estime de soi des jeunes a été mesuré à partir de l'échelle de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Les résultats obtenus démontrent que 10,9% des jeunes possèdent un niveau d'estime de soi

faible, 52,5% possèdent un niveau moyen et 5,0% possèdent un niveau élevé comparativement aux adolescents de l'ESSEA (Aubin & al., 1999) dont 21,8% ont un niveau faible, 52,5% un niveau moyen et 25,7% un niveau élevé. Les résultats de notre étude diffèrent de ceux de l'enquête pour ce qui est de l'estime de soi faible et élevé alors qu'ils sont identiques pour le niveau d'estime de soi moyen. Des analyses de variance (ANOVA) ont ensuite été effectuées afin d'examiner la relation entre l'estime de soi et le score au SAD PERSONS Scale. Toutefois, les résultats de l'étude ne démontrent aucune relation statistiquement significative entre l'estime de soi et le risque suicidaire ce qui diffère, entre autres, de l'étude d'Eskin & al. (2007) qui relate que les jeunes ayant une faible estime de soi ont un risque suicidaire plus élevé. Aussi, Pronovost, Leclerc & Dumont (2003) avaient identifié, dans leur étude auprès de jeunes des milieux scolaires et des centres jeunesse, que l'estime de soi est l'un des facteurs de protection les plus fortement associés au risque suicidaire chez les adolescents. Il est possible que les valeurs de l'estime de soi des jeunes, majoritairement le niveau moyen, ne soient pas assez dispersées ce qui n'a pas permis d'établir un lien significatif avec le risque suicidaire. En somme, à la lumière des résultats obtenus, il n'est pas possible d'identifier une bonne estime de soi comme facteur de protection du suicide auprès des adolescents de l'étude.

#### *i. Soutien social*

Afin d'évaluer le soutien social des jeunes, les questions sélectionnées rapportent le nombre de sources de soutien, la satisfaction face au soutien reçu et la propension à se confier. Les résultats de l'étude démontrent que 21,8% des adolescents avaient au moins 4 sources de soutien, 33,7% se disaient satisfaits du soutien reçu et 32,7% avaient souvent tendance à se confier à quelqu'un lorsqu'ils vivaient quelque chose de difficile ou de très agréable. À cet effet, les résultats de l'ESSEA (Aubin & al., 1999) démontrent que 79,1% des jeunes avaient au moins 4 sources de soutien, 81% se montraient satisfaits du soutien reçu et 49,9% avaient souvent tendance à se confier. La comparaison des

résultats de l'étude et ceux de l'enquête révèle que les adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire semblent avoir un soutien social plus restreint que les adolescents québécois. Par la suite, des analyses de variance (ANOVA) ont permis d'identifier que la relation entre la satisfaction face au soutien reçu et le score au SAD PERSONS Scale se montrait statistiquement significative. Plus précisément, plus les adolescents étaient satisfaits du soutien reçu, plus le risque suicidaire était faible. Les autres analyses n'ont pas révélé de lien statistiquement significatif. Il ressort donc que la satisfaction face au soutien reçu pourrait possiblement agir comme facteur de protection pour le risque suicidaire chez des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur.

*j. Soutien parental*

Afin d'évaluer le soutien parental des adolescents de l'étude, le soutien affectif maternel et paternel a été analysé. Les résultats démontrent que 17,8% des adolescents avaient un soutien affectif maternel élevé et 24,8% avaient un soutien affectif paternel élevé comparativement aux résultats de l'ESSEA (Aubin & al., 1999) qui démontrent que 50,5% avaient un soutien affectif maternel élevé et 55,7% avaient un soutien affectif paternel élevé. La comparaison des résultats obtenus illustre un écart entre les jeunes de l'étude et de l'enquête. Le soutien affectif maternel et paternel élevé est moins fréquent chez les adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire que chez la majorité des adolescents québécois. Des analyses de variance (ANOVA) ont ensuite été menées afin de vérifier la relation entre le soutien affectif des parents et le score au SAD PERSONS Scale. Il ressort que le soutien affectif maternel et paternel est statistiquement lié au score de SAD PERSONS Scale. Plus particulièrement, le soutien affectif paternel est très fortement associé ( $p < 0,01$ ) au risque suicidaire. Ces résultats concordent avec les études recensés qui démontrent un lien significatif entre la relation avec les parents et le risque suicidaire (Cheng & al, 2009; Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Fleming & al, 2007; Flouri & Buchanan, 2002). Bref, le soutien parental peut donc agir

comme facteur de protection pour le risque suicidaire chez les adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.

### *Relation entre les variables significatives*

Les résultats de notre étude démontrent que les variables ayant un lien statistiquement significatif et positif face au risque suicidaire sont la satisfaction du soutien reçu, le soutien affectif maternel, le soutien affectif paternel, le nombre de sources de lecture par semaine, le nombre de fois que le jeune soupe avec sa famille par semaine, la non-consommation de cigarette, le nombre d'amis qui ne fument pas la cigarette, la non-consommation d'alcool, la non-consommation de drogue ainsi que la non-consommation d'alcool et de drogue de façon concomitante. Toutefois, tel que mentionné dans quelques études, les variables des habitudes de vie et facteurs psychosociaux ne sont pas mutuellement exclusives mais plutôt un ensemble de facteurs qui influencent l'adolescent (Pronovost, Leclerc & Dumont, 2003; Jessor, Turbin & Costa, 1998; Grosz, Zimmerman & Asnis, 1995; Eggert, Thompson & Herting, 1994; Cheng & al., 2009; Donald, Correa-Velez, Dower & Jones, 2006). D'ailleurs, c'est pour cette raison que plusieurs des études recensées ont opté pour des combinaisons de facteurs dans leurs analyses de régression linéaire et logistique. Par exemple, Pronovost, Leclerc & Dumont (2003) ont mené des analyses combinant l'estime de soi, le contrôle personnel, les stratégies de coping et le soutien social d'adolescents afin d'évaluer l'impact de ces quatre facteurs de protection sur le risque suicidaire. Aussi, Jessor, Turbin & Costa (1998) ont mené des régressions combinant l'alimentation, l'exercice physique, le sommeil, l'hygiène dentaire ainsi que le port de la ceinture dans l'automobile afin d'évaluer l'impact de ces facteurs psychosociaux sur les comportements de santé à l'adolescence. Pour notre étude une analyse de régression multiple a donc également été effectuée afin de vérifier la relation entre le risque suicidaire (variable dépendante) et les habitudes de vie et facteurs psychosociaux (variables indépendantes). Tel que mentionné par Cohen, Cohen, West & Aiken (2003), des variables corrélées

influencent grandement les relations statistiquement significatives entre elles et la variable indépendante et c'est pourquoi les variables les moins corrélées entre elles ont été retenues pour la régression. La relation entre la consommation de drogue, le souper en famille et le risque suicidaire s'est révélée statistiquement significative, ce qui concorde avec les analyses effectuées antérieurement. Toutefois, des études plus poussées s'avèrent nécessaire afin d'identifier une combinaison de facteurs de protection pouvant diminuer le risque suicidaire.

### *Limites de l'étude*

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, malgré le fait que le questionnaire sur les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux comprend plusieurs aspects, certains éléments auraient pu être ajoutés. Entre autres, des questions sur les relations amoureuses à l'adolescence ainsi que sur la présence ou non de spiritualité et de croyances religieuses auraient pu être pertinentes à vérifier comme facteurs de protection. Aussi, le fait qu'on mesure par le contraire peut porter à confusion. Plus précisément, le SAD PERSONS Scale évalue le risque suicidaire à partir des facteurs de risque du suicide. Par conséquent, chez les adolescents de l'étude, s'il n'y avait pas de facteurs de risque présents, nous avons estimé qu'il y avait des facteurs de protection. Enfin, l'échantillon comprenait des adolescents ayant un trouble de l'humeur, présentant un risque suicidaire et qui étaient suivis uniquement à la CTH. Il aurait donc été intéressant d'inclure des adolescents d'autres cliniques afin d'avoir une vision plus globale. Toutefois, plusieurs recommandations émergent de cette étude.

### *Recommandations pour la recherche*

Devant l'ampleur du phénomène du suicide chez les adolescents québécois, il devient indispensable de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'aider ces jeunes. Plus précisément, miser sur les facteurs de

protection permet de minimiser les conséquences des facteurs de risque et favoriser un contexte propice au changement (Pronovost, 1998). Dans la présente étude, les variables des habitudes de vie et facteurs psychosociaux reliées au risque suicidaire identifiées comme facteurs de protection permettent aux infirmières de connaître les facteurs à privilégier dans leurs interventions auprès d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Mener une étude semblable à celle-ci mais comprenant un plus gros échantillon et une utilisation plus répandue du SAD PERSONS Scale et du questionnaire sur les habitudes de vie et facteurs psychosociaux serait pertinent afin de généraliser davantage la portée des résultats. Celle-ci peut également être comparée aux autres provinces et aux autres pays où les jeunes peuvent avoir des habitudes de vie et facteurs psychosociaux très différents. De futures études devraient également porter sur l'élaboration et la mise en place d'interventions infirmières, adaptées aux adolescents, qui visent à renforcer les facteurs de protection des jeunes. Ces interventions pourraient être liées directement aux habitudes de vie et facteurs psychosociaux des adolescents identifiés dans ce mémoire. Des études qui comparent l'efficacité des interventions infirmières auprès des jeunes ayant un trouble de l'humeur avec risque suicidaire et des jeunes qui n'en ont pas permettraient également d'identifier les interventions infirmières les plus appropriées pour ce groupe à risque. Aussi, effectuer des analyses plus poussées comme des analyses d'agrégats ou des analyses d'équations structurelles permettraient d'avoir un autre aperçu des facteurs de protection des adolescents. Bref, des études plus avancées sont nécessaires afin d'assurer une pratique infirmière exemplaire en ce qui a trait à l'évaluation des facteurs de protection du suicide et l'utilisation d'interventions infirmières appropriées et efficaces auprès des adolescents ayant un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire.

### *Recommandations pour la pratique infirmière*

La présente étude permet aux infirmières de cibler les habitudes de vie et facteurs psychosociaux à évaluer auprès d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. Lors de son évaluation, l'infirmière peut reprendre les questions portant sur les facteurs de protection significatifs de la présente étude afin de pouvoir bien évaluer le jeune et le situer par rapport aux autres adolescents québécois. Par la suite, l'infirmière peut identifier des interventions appropriées pour renforcer les facteurs de protection déjà présents. Pour ce, la collaboration avec la famille, l'équipe interdisciplinaire et les milieux scolaires s'avère nécessaire. En ce qui a trait au soutien affectif maternel et paternel, l'infirmière peut impliquer davantage la famille dans les interventions afin de faire ressortir ce bon soutien. L'infirmière peut également faire du renforcement positif quant au fait de souper en famille afin d'encourager ce contexte au souper. En ce qui a trait à la consommation, l'infirmière peut encourager les adolescents à ne pas fumer, à ne pas boire d'alcool et à ne pas consommer de la drogue et les féliciter s'ils ne consomment pas, s'ils arrêtent ou même s'ils ne font que diminuer leur consommation. L'infirmière se doit également de référer les adolescents vers des ressources appropriées en ce qui a trait, entre autres, à la consommation, ce qui est également un moyen de les aider et de les encourager. Il serait également pertinent de développer des interventions infirmières inspirées des trois modes d'action infirmière de Leininger (1995). Plus précisément, le premier mode est la préservation et le maintien, donc adapter continuellement les activités de soins au adolescent atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire tout en misant sur les facteurs de protection déjà présents. Le deuxième mode est l'adaptation et la négociation, donc faire preuve de créativité et mobiliser les ressources nécessaires. Par exemple, trouver un moyen de rejoindre les jeunes par l'entremise des réseaux sociaux. Puis, le troisième mode est la reconfiguration et la restructuration, qui correspond aux interventions infirmières concrètes qui visent à miser sur et renforcer les facteurs de protection (Leininger, 1995). Enfin,

ce ne sont que quelques exemples de pistes d'interventions infirmières qui pourraient aider mais des études plus poussées sont nécessaires afin de valider celles-ci et en identifier davantage. Cependant, l'évaluation des habitudes de vie et facteurs psychosociaux identifiés comme facteur de protection par la présente étude devrait se faire d'emblée chez tous les adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire. De plus, cette évaluation devrait se faire en partenariat avec, entre autres, les milieux scolaires. Plus particulièrement, au Québec, l'approche « École en santé » assure la prévention et promotion de la santé mentale chez les adolescents en intervenant sur des facteurs dont l'estime de soi et les habitudes de vie ainsi que sur certaines problématiques en santé mentale comme le suicide (MSSS,2005). En somme, travailler en partenariat avec le réseau de la santé et les milieux scolaire s'avère fort pertinent afin d'assurer une évaluation et un suivi encore plus complet des jeunes.

## *CONCLUSION*

Devant l'ampleur du phénomène de suicide chez les adolescents, intervenir sur les facteurs de protection des adolescents devient une avenue pertinente, motivante et efficace pour les infirmières. Que ce soit au niveau académique, culturel, social ou familial, tous les adolescents ont des forces qui les aident à passer à travers différents obstacles de la vie d'où l'importance de les identifier, les souligner et les renforcer. Analyser les habitudes de vie et les facteurs psychosociaux des adolescents devient donc un aspect essentiel dans l'évaluation initiale et continue faite par l'infirmière. Il va sans dire que tous les jeunes ont des habitudes de vie et des facteurs psychosociaux qui ont un impact direct ou indirect sur leur vie et il est rare de ne pas trouver de facteurs de protection parmi ceux-ci. De plus, tel que mentionné précédemment, miser sur ces facteurs de protection favorise l'adaptation et le bon fonctionnement des jeunes tout en contribuant à réduire le risque de rechutes et récidives associés aux comportements suicidaires (Grosz, Zimmerman & Asnis, 1995; Pronovost, Leclerc & Dumon, 2003). Heureusement, de plus en plus de programmes éducatifs visant à promouvoir les facteurs de protection sont mis en place et utilisés dans les écoles. Les jeunes ayant des difficultés sont donc orientés plus rapidement vers les services de la santé. Les résultats de notre étude pourraient éventuellement permettre aux infirmières qui travaillent auprès d'adolescents atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire de mettre sur pied des programmes plus spécifiques à leurs besoins, surtout en ce qui a trait aux facteurs de protection du suicide.

Plusieurs programmes de formation visant une population plus large sont déjà en place afin d'aider les jeunes qui songent ou ont déjà songé au suicide. En plus de la démarche « École en santé », l'Association québécoise de prévention du suicide offre un programme de formation qui tient compte des facteurs de protection dans l'intervention auprès des personnes suicidaires (AQPS, 2011). Toutefois, ces formations s'adressent à des intervenants qui veulent agir auprès d'une clientèle plus large et non seulement auprès d'adolescents. Les résultats de cette étude pourraient donc possiblement contribuer à l'élaboration d'interventions infirmières et psychoéducatives pour

une clientèle composée uniquement d'adolescents ayant un suivi de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne dans le but de prévenir des tentatives de suicide et améliorer la santé mentale des jeunes québécois. Par la suite, des recherches portant sur l'efficacité et les résultats obtenus par de tels programmes devraient être effectuées dans le but d'améliorer et de promouvoir une approche basée sur le renforcement positif des facteurs de protection.

Puisque notre société québécoise tend de plus en plus vers le monde virtuel, une autre avenue intéressante se retrouve au niveau des réseaux sociaux. Les jeunes passent de plus en plus d'heures « en ligne », et ce, à partir de leur ordinateur, de leur cellulaire, de leur tablette, etc. Ils remplacent davantage les contacts sociaux pour les contacts virtuels. Ils tendent également à se confier plus facilement, entre autres, par courriels, par messages instantanés et même par statuts *Facebook*. Cette croissance d'utilisation des réseaux sociaux, ne pourrait-elle pas agir comme facteur de protection du suicide en soi? Les infirmières ne pourraient-elles pas éventuellement intervenir en ligne? Plusieurs avancements se font au niveau technologique et le réseau de la santé se doit également d'innover à ce niveau, surtout en ce qui a trait à la pratique infirmière. Toutefois, il est nécessaire de conscientiser les professionnels par rapport aux effets néfastes des réseaux sociaux tel que les pactes de suicide, les moyens de suicide partagés en ligne, les blogues « pro-suicide », etc. Ceci vient également soutenir la pertinence d'intervenir par l'intermédiaire d'Internet afin de mieux orienter les jeunes vers les bonnes ressources. Des programmes de formation et d'aide, de même que des programmes de soutien par les pairs devraient donc être accessibles en ligne afin de rejoindre un plus grand nombre de jeunes dans le but ultime de prévenir de futures tentatives de suicide chez nos adolescents québécois.

## *RÉFÉRENCES*

Agence de santé et de services sociaux de Montréal (2008). Récupéré le 29 mai de :

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OvnY04My9YIJ:www.santemontreal.qc.ca/pdf/plan/ligne\\_CSSS.pdf+services+1re+2e+3e+ligne+sante+mentale&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=ca](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OvnY04My9YIJ:www.santemontreal.qc.ca/pdf/plan/ligne_CSSS.pdf+services+1re+2e+3e+ligne+sante+mentale&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=ca)

AQPS (2011). Les formations en prévention du suicide. Récupéré le 2 mars de :  
<http://aqps.info/se-former/>

Ahmadi, S. (2009). The Relationship Between Parental Practices and Suicidal Behaviors in Quebec Adolescents. *Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie, Université de Montréal*, 126 pages.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association

Angst, J. & Clayton, P.J. (1998). Personality, smoking and suicide: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 51, 55-62.

Angst, F., Stassen, H.H. & al. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders* 68: 14.

Association internationale pour la prévention du suicide (2008). Journée mondiale de prévention du suicide, AIPS. Récupéré le 15 mars 2010 de :  
[http://www.iasp.info/wspd/2008\\_wspd\\_index\\_french.php#thinkglobally-extentproblem](http://www.iasp.info/wspd/2008_wspd_index_french.php#thinkglobally-extentproblem)

Aubin, N. J., Lavallée, C., Camirand, J., Audet, N. & al. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 520 p.

Barnes, G. M. & Farrell, M.P. (1992). Parental Support and Control as Predictors of Adolescent Drinking, Delinquency, and Related Problem Behavior. *Journal of Marriage and Family*, 54(4), 13.

Beautrais, A. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.

- Beauvais, L. & al. (2006). *Prévention et gestion des conduits suicidaires en milieu hospitalier psychiatrique*. Centres hospitaliers de soins psychiatriques du Québec.
- Bee, H. & Boyd, D. (2003). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain (2<sup>e</sup> édition)*. Saint-Laurent : ERPI.
- Berman, A.L. & Schwartz, R.H. (1990). Suicide Attempts Among Adolescent Drug Users. *American Journal of Diseases of Children*, 144(3), 310-314.
- Benburg, J.G., Thorlindsson, T. & Sigfusdottir, I.D. (2008). The spreading of suicidal behaviour: The contextual effect of community household poverty on adolescent suicidal behaviour and the mediating role of suicide suggestion. *Social Science & Medicine*, 68, 380-389.
- Blair-West, G.W., Cantor, C.H., Mellsop, G.W. & Eyeson-Anna, M.L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders*, 55, 171-178.
- Borowsky, I.W., Ireland, M. & Resnick, M.D. (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493
- Birkeland, M.S. Torsheim, T. & Wold, B. (2008). A longitudinal study of the relationship between leisure-time physical activity and depressed mood among adolescents. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 25-34.
- Brausch, A.M. & Gutierrez, P.M. (2009). The Role of Body Image and Disordered Eating As Risk Factors for Depression and Suicidal Ideation in Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71.
- Breton, J.-J. (2004). Liaisons néfastes à l'école: victimes et intimidateurs. *Le clinicien*: 6.
- Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
- Daigle, M., Labelle, R., Girard, C. & Regroupement des directrices de soins d'établissements psychiatriques (2003). *Cadre de référence pour la prévention du suicide dans les établissements psychiatriques du Québec*.

- Canetto, S.S. (1997). Meanings of gender and suicidal behaviour during adolescence. *Suicide and life-threatening behavior*, 27(4), 339-351.
- Cauce, A.M., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y. & Liu, G. (1994). "Social Support during adolescence: Methodological and theoretical considerations" dans Nestmann, F. & Hurrelmann, K. (éd.). *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, New York, De Gruyter, p. 89-110.
- Chagnon, F., Houle, J. & Renaud, J. (2002). Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents?, Montréal, Centre Jeunesse de Montréal.
- Chatard, A., L. Selimbegovic, & Konan, P.N. (2009). Self-esteem and Suicide Rate in 55 Nations. *European Journal of Personality* 23, 19-34.
- Cheng, Y. & al. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*, 35(3), 313-322.
- Chiqueta, A.P. & Stiles, T.C. (2007). The Relationship Between Psychological Buffers, Hopelessness, and Suicidal Ideation. *Crisis*, 28(2), 67-73.
- Cloutier, R., Champoux, L. & Jacques, C. (1994). *Enquête ados, familles et milieu de vie : la parole aux ados!*, Québec, Université Laval, Centre de recherche sur les services communautaires, 124 pages.
- Cochrane-Brink, K.A., Lofchy, J.S. & Sakinofsky, I. (2000). Clinical Rating Scales in Suicide Risk Assessment. *General Hospital Psychiatry*, 22, 445-451.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3<sup>rd</sup> ed, pp.6-7). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (2008). Perspectives sur la radiodiffusion canadienne par les nouveaux médias. Récupéré le 20 décembre 2011 de : <http://www.crtc.gc.ca/fra/media/rp080515.htm>

- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Ireland, M. (2002). Prevalence and Risk and Protective Factors Related to Disordered Eating Behaviors Among Adolescents: Relationship to Gender and Ethnicity. *Journal of Adolescent Health, 31*(2), 166-175.
- De Man, A.I., Balkou, S. & Iglesias, R. (1986). Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social. *Santé mentale du Québec, 11*, 199-202.
- De Man, A.F. & Gutierrez, B.I.B. (2002). The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Canadian Journal of Behavioural Sciences, 34*, 235-238.
- Demirkiran, F., Dereboy, C., Ertekin, K. & Eskin, M. (2007). Risk Factors for and Protective Factors Against Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis, 28*(3), 131-139.
- Denny, S.J., Fleming, T.M., Merry, S.N., Robinson, E.M. & Watson, P.D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 213-221.
- Deschesnes, M. & Schaefer, C. (1997). *Styles de vie des jeunes du secondaire en Outaouais*, Hull, Direction de la santé publique, RRSSS de l'Outaouais et les Centres jeunesse de l'Outaouais, Tome 1 (secteur general), 150 pages.
- Deykin, E. Y., Levy, J.C. & Wells, V. (1987). Adolescent Depression, Alcohol and Drug Abuse. *American Journal of Public Health 77*(2): 5.
- Diekstra, R.F.W., Kienhorst, C.W.M. & De Wilde, E.J.(1995). Suicide and suicidal behaviour among adolescents. In M. Rutter & D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial disorders in young people: Time trends and their causes* (p. 686-761), Chichester, U.K.: John Wiley & Sons.
- Donald, M., Correa-Velez, I., Dower, J. & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 87-96.

- Dubow, E. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., Reed, J., & Bush, E. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 158–166.
- Dumont, M. P. & Provost, M.A. (1999). Resilience in Adolescents : Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence 28*(3): 21.
- Durand, S. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie. Prise de position*, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A. & Herting, J.R. (1994). A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): Development and preliminary findings. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*(4), 359-381.
- Eggert, L.L. & Walsh, E. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 349-359.
- Eisenberg, M.E., Olson, R.E., Neumark-Sztainer, D.N., Story, M. & Bearinger, L.H. (2004). Correlations Between Family Meals and Psychosocial Well-being Among Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 158*: 792-796.
- Eisenberg, M.E. & Resnick, M.D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health, 39*, 662-668
- Eskin, M., K. Ertekin, & al. (2007). Risk Factors for and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis 28*(3): 9.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 957-979*.
- Farand, L., Renaud, J. & Chagnon, F. (2004). Adolescent Suicide in Quebec and Prior Utilization of Medical Services. *Canadian Journal of Public Health, 95*(5), 357-360.

- Felts, W.M., Chenier, T. & Barnes, R. (1992). Drug Use and Suicide Ideation and Behavior among North Carolina Public School Students. *American Journal of Public Health, 82*(6), 870-872.
- Flouri, E. & Buchanan, A.(2002). The Protective Role of Parental Involvement in Adolescent Suicide. *Crisis, 23*(1), 17-22.
- Fleming, T.M., Merry, S.N., Robinson, E.M., Denny, S.J. & Watson, P.D. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 41*, 213-221.
- Flisher, A.J. (1999). Annotation: Mood Disorder in Suicidal Children and Adolescents: Recent Developments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(3), 315-324.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition, 2*(3a), 411-418.
- Gagné, M. & St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes – 1981 à 2008*. INSPQ, 19 pages.
- Gangwisch & al. (2010). Earlier Parental Set Bedtimes as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation. *Sleep, 33*(1), 97-106.
- Glassman, A.H. & al. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA, 264*, 1546-1549.
- Glied, S. & Pine, D.S. (2002). Consequences and Correlates of Adolescent Depression. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156*, 1009-1014.
- Goldstein, T.R., Birmaher, B., Axelson, D, Goldstein, B.I., Gill, M.K., Esposito-Smythers, C. & al. (2009). Family Environment and Suicidal Ideation Among Bipolar Youth. *Archives of Suicide Research, 13*, 378-388.
- Goldstein, T.R., Bridge, J.A. & Brent, D.A. (2008). Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 84-91.

- Greydanus, D.E. & Calles, J. (2007). Suicide in Children and Adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34, 259-273.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. & Haldorsen, T. (1998). Suicide Among Children and Younger and Older Adolescents in Norway: A Comparative Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473-481.
- Grossman, D. C., Milligan, B. C., & Deyo, R. A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*, 81, 870–874.
- Grosz, D.E., Zimmerman, J.K. & Asnis, G.M. (1995). Suicidal behaviour in adolescents: A review of risk and protective factors. In J.K. Zimmerman and G.M. Asnis, G. (Éds), *Treatment approaches with suicidal adolescents* (p. 17-43). New York: A Wiley-Interscience Publication.
- Hallfors, D.D. & al. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk : Association with Sex and Drug Behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 224-230.
- Hawton, K. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide: The Risk Factors. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (1993). Life events and Social Support in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343-358.
- Hememway, D., Solnick, S.J. & Coldits, G.A. (1993). Smoking and Suicide among nurses. *American Journal of Public Health*, 83(2): 249-251.
- Home Office (2002). Deaths Reported to Coroners, England and Wales. Récupéré le 10 décembre 2010 de : <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/hosb302.pdf/>
- Howard-Pitney, B., LaFramboise, T. D., Basil, M., September, B., & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 473–476.
- Institut de la statistique du Québec (2007). Récupéré le 22 novembre 2010 de : [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_deces/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/index.htm)

- Jessor, R., Van Den Bos, J., Venderryn, J., Costa, F.M. & Turbin, M.S. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788-800.
- Juhnke, G.A. (1996). *The adapted SAD PERSONS: As assessment scale designed for use with children*. Elementary School Guidance & Counseling, 252-258
- Juhnke, G.A. & Hovestadt, A.J. (1995). Using the SAD PERSONS Scale to Promote Supervisee Suicide Assessment Knowledge. *The Clinical Supervisor*. 13(2), 31-40.
- Juhnke, G.A. (1994). SAD PERSONS Scale Review. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27(1), 325-327.
- Kaltiala, H. R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351.
- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J. Rissanen, A., Virkkunen M. & Rose, R.J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviours in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 842-853.
- Kessler, R. C. Avenevoli, S. & al. (2001). Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Society of Biological Psychiatry* 49: 12.
- Kidd, S. & al. (2006). The Social Context of Adolescent Suicide Attempts: Interactive Effects of Parent, Peer and School Social Relations. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(4), 386-395.
- Laflamme, F. (2007). Prévenir le suicide pour préserver la vie. *Guide de pratique clinique*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lagges, A.M. & Dunn, D.W. (2003). Depression in children and adolescents. *Neurologic clinics*, 21, 953-960.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.
- Lee, R.L, Loke, A.Y, Wu, C.S & Ho, A.P. (2009). The lifestyle behaviour and psychosocial well-being of primary school students in Hong Kong. *Journal of clinical Nursing*, 19, 1462-1472.

- Lejoyeux, M., Leon, E. & Rouillon, F. (1994). Prévalence et facteurs de risque du suicide et tentatives de suicides. *L'Encéphale*, 20(5), 495-503.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1994). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Loiselle, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. Institut de la statistique du Québec, 105 pages.
- Mäkikyrö, T.H. & al. (2004). Smoking and Suicidality Among Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Adolescent Health*, 34, 250-253.
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S. & Mann, J. (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression : Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry*, 157(7), 1084-1088.
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360, 319-326.
- Marshall, K. (2007). La vie bien chargée des adolescents. *Perspective, Statistique Canada*, 75, 5-17.
- Mishara, B.L. & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- MSSS (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Récupéré le 12 décembre 2011 de :  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- O'Brien, E. & Mindell, J. (2005). Sleep and Risk-Taking Behavior in Adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(3), 113-133
- Organisation mondiale de la santé (2010). Récupéré le 20 octobre 2010 de :  
<http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
- Patterson, W., Dohn, H., Bird, J., & Patterson, G. (1983). *Psychosomatics*. 24, 343-349

- Patterson, I. & Pegg, S. (1999). Nothing To Do: The Relationship Between “Leisure Boredom” and Alcohol and Drug Addiction: Is There a Link to Youth Suicide in Rural Australia? *Youth Studies Australia*, 18(2), 24-29.
- Phaneuf, J. & Séguin, M. (1987). *Suicide: prevention et intervention-Guide à l’usage des intervenants*, Montréal, Conseil québécois pour l’enfance et la jeunesse.
- Preziosi, P., Galan, P., Deheeger, M., Yacoub, N. Drewnowsy, A. & Hercberg, S. (1999). Breakfast type, Daily Nutrient Intake and Vitamin and Mineral Status of French Children, Adolescents and Adults. *Journal of American College of Nutrition*, 18(2), 171-178.
- Pronovost, J. (1998). Le suicide chez les jeunes: prévenir en misant sur les facteurs de protection. *Revue québécoise de psychologie*, 19(2), 147-165.
- Pronovost, J., Leclerc, D. & Dumont, M. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez les adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centre jeunesse. *Revue québécoise de psychologie*, 24 (1), 179-199.
- Rampersaud, G.C. (2009). Benefits of Breakfast for Children and Adolescents: Update and Recommendations for Practitioners. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3, 86-103.
- Resnick, M. D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H. & Udry, J.R. (1997). Protecting Adolescents From Harm: Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of American Medical Association* 278(10), 823-833.
- Roberts, C.R., Roberts, R.E. & Xing, Y. (2010). One-Year Incidence of Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, 66-78.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey : Princeton University Press.

- Sallis, J.F., Condon, S.A., Goggin, K.J. & al. (1993). The Development of self administered physical activity surveys for 4<sup>th</sup> grade students. *Research Quarterly for exercise and Sport*, 63(1), 25-31.
- Sallis, J.F., Buono, M.J., Roby, J.J., Micale, F.G. & Nelson, J.A. (1993). Seven-day recall and other physical activity self-reports in children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(1), 99-108.
- Santé Canada (1999). *La santé des jeunes: tendances au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 110 pages.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R. B. & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support : The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Séguin, M & Terra, J.-L. (2004). *Formation à l'intervention suicidaire* [Brochure]. République Française: Ministère de la santé et de la protection sociale.
- Shaffer, D. (2004). The Suicidal Adolescent. *Focus*, 2(4), 517-523.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shafii, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A.M., Beckner, C. & Russel, J. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 227-233.
- Sharaf, A.Y., Thompson, E.A. & Walsh, E. (2009). Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168.
- Silverman, M.M. & Felner, R. D. (1995). The place of suicide prevention in the spectrum of intervention : Definitions of critical terms and constructs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 70-81.
- Smalley, N., Scourfield, J. & Greenland, K. (2005). Young People, Gender and Suicide. *Journal of Social Work*, 5(2), 133-154.

- Sneppe, C. (2001). Petit déjeuner, c'est bon pour la santé. *La sucrerie belge*, 119 : 36-39.
- Son, S.E. & Kirchner, J.T. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 62(10).
- Statistique Canada (2007). Récupéré le 22 octobre 2010 de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2010001/hl-fs-fra.htm>
- Swahn, M.H. & Bossarte, R.M. (2007). Gender, Early Alcohol Use, and Suicide Ideation and Attempts : Findings From the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 175-181.
- Taliaferro, L.A. & al. (2008). High School Youth and Suicide Risk : Exploring Protection Afforded Through Physical Activity and Sport Participation. *Journal of School Health*, 78(10), 545-553.
- Thibault, I. & Marquis, M. (2006). L'éducation en nutrition en milieu scolaire. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(4) : 202-205.
- Vallières, E.F. & Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne française de l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg/Estem Scale. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316.
- Vaux, A. (1992). « Assessment of Social Support », dans H.O.F. Veiel et U. Baumann (dir.), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York : Hemisphere Publishing Corporation, p. 193-216.
- Wagman Borowsky, I., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 573-580
- Waldvogel, J.L., Rueter, M. & Oberg, C.N. (2008). Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110-125.
- Walsh & Eggert (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 349-359.

White, J. & Jodoin, N. (1998). Before-the-Fact Interventions: A Manuel of Best Practices in Youth Suicide Prevention, Victoria (CB), Ministry for Children and Families.

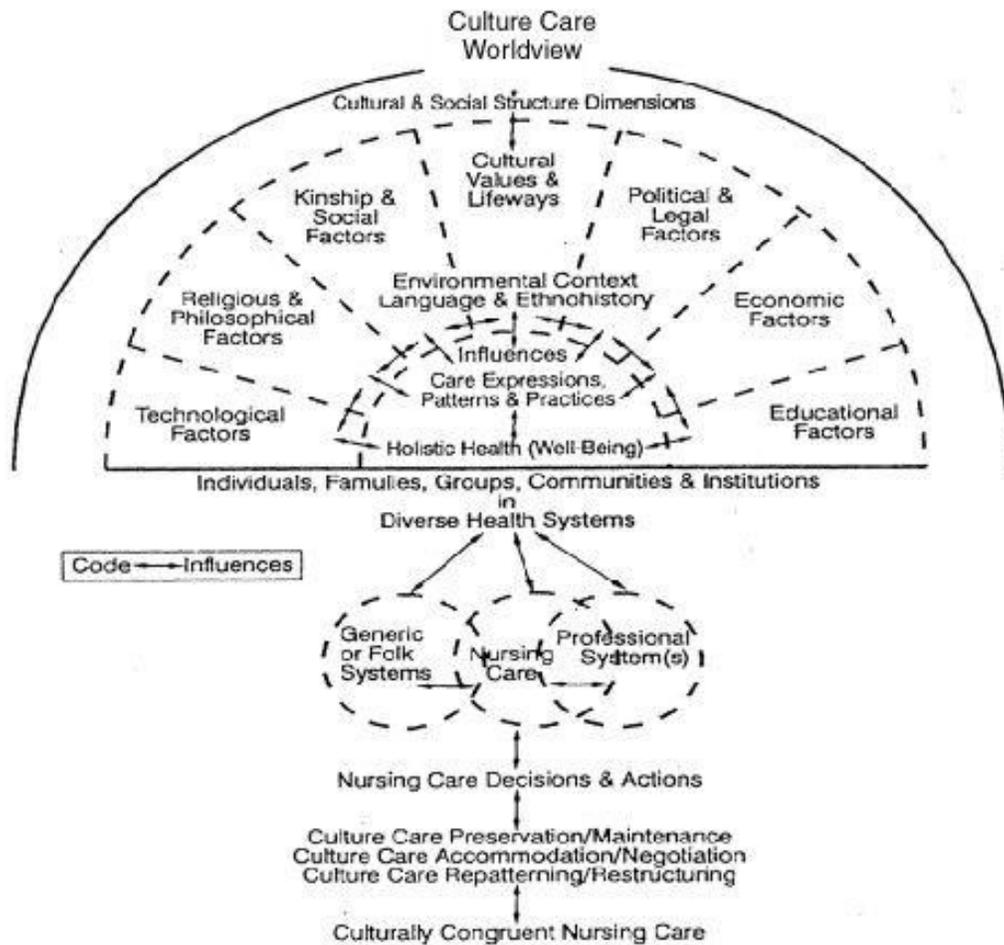
Windle, M. (2004). Suicidal Behaviors and Alcohol Use Among Adolescents : A Developmental Psychopathology Perspective. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 28(5), 29-37

*APPENDICE*

Appendice A

Le modèle « Sunrise »

Leininger's Sunrise Model to Depict the Theory of Culture Care Diversity and Universality



Source : Leininger (1995)