

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LES SERVICES JEUNESSE EN LIEN AVEC LES CONDUITES SUICIDAIRES : LE
REGARD DE JEUNES ET D'INTERVENANT·ES QUI LES ACCOMPAGNENT

MÉMOIRE DE MAITRISE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL (AVEC MÉMOIRE)

PAR

MYRIAM LAPENSÉE

MAI 2023

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	v
ABSTRACT	vii
LISTE DE TABLEAUX	ix
LISTE DE FIGURES	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xi
REMERCIEMENTS	xii
 INTRODUCTION.....	 1
 CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE.....	 3
1.1. Définitions des concepts entourant la suicidalité.....	3
1.2. Le processus de crise suicidaire	5
1.2.1. Les diverses étapes de la crise suicidaire	5
1.2.2. Un processus différent chez les adolescents et les adolescentes	8
1.3. L'ampleur des conduites suicidaires chez les jeunes.....	9
1.4. Facteurs de risque de conduites suicidaires chez les jeunes	11
1.4.1. Facteurs de risque personnels	11
1.4.2. Facteurs de risque interpersonnels	17
1.4.3. Facteurs de risque contextuels	19
1.5. Conséquences des conduites suicidaires des adolescent·es.....	20
1.5.1 Les conséquences individuelles	20
1.5.2. Les conséquences sur les proches	20
1.5.3. Les conséquences sur la société.....	21
1.6. Politiques publiques gouvernementales en santé mentale et en prévention du suicide	22
 CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS	 28
2.1. L'accessibilité aux services en santé mentale.....	28
2.2. Le suivi dans la communauté et la continuité des services.....	32
2.3. La demande d'aide des jeunes en lien avec le suicide	34
2.3.1. Qui initie la demande d'aide des jeunes ?.....	35
2.3.2. Les barrières à la demande d'aide	37
2.3.3. Les motifs à la demande d'aide	40
2.4. Point de vue de jeunes des services reçus en lien avec le suicide ?	41
2.4.1. La relation de confiance : un fondement de l'expérience positive des jeunes	41
2.4.2. Une expérience différente selon le contexte de soins	43
2.5. Point de vue de professionnel·les de la santé sur l'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires	46

CHAPITRE 3 : QUESTION DE RECHERCHE ET PERTINENCE.....	50
3.1. Question de recherche et objectifs spécifiques	50
3.2. La pertinence du projet de recherche	51
CHAPITRE 4 : LE CADRE CONCEPTUEL – LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN	54
4.1. Les fondements du cadre conceptuel.....	54
4.2. La pertinence du modèle écologique	57
CHAPITRE 5 : LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	59
5.1. Devis et approche de recherche	59
5.2. Population et échantillon.....	59
5.3. L'échantillonnage.....	61
5.4. Démarches effectuées dans le cadre du processus de recrutement.....	63
5.5. Stratégie de collecte de données	65
5.5.1. L'entretien semi-dirigé	65
5.5.2. L'écocarte	65
5.5.3. Le formulaire de données sociodémographiques.....	66
5.6. Stratégie de gestion de données.....	66
5.7. Stratégie d'analyse de données	67
5.8. L'éthique de la recherche	69
5.8.1. Le consentement	69
5.8.2. La confidentialité et l'anonymat.....	70
5.8.3. Le soutien psychosocial des jeunes participants et participantes.....	71
CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	74
6.1. L'influence des caractéristiques personnelles des jeunes	74
6.1.1. La profonde solitude des jeunes face à leur détresse	74
6.1.2. Les besoins des jeunes	78
6.1.3. Qu'est-ce que demandent les jeunes?	83
6.2. Les principaux systèmes de soutien des jeunes.....	85
6.2.1. L'implication du réseau de soutien dans la demande d'aide des jeunes	87
6.2.2. Les familles	88
6.2.3. Les amitiés.....	91
6.2.4. Les intervenant-es accompagnant les jeunes	93
6.3. Les relations entre les différents systèmes d'influence	96
6.3.1. La relation entre les jeunes et les intervenant-es qui les accompagnent	97
6.3.2. L'implication de la famille dans les services pour les jeunes	101
6.4. L'influence des structures sur l'expérience de soins.....	103
6.4.1. Le contexte de soins	103
6.4.2. L'accessibilité des services.....	112

6.4.3. Le travail en silo – une structure contre-productive	117
6.5. L'influence de la société sur les conduites suicidaires des jeunes	119
6.5.1. La stigmatisation entourant le suicide	119
6.5.2. L'importance de la prévention	121
CHAPITRE 7 : DISCUSSION.....	124
Une solitude amplifiée par le manque de soutien et la stigmatisation.....	124
L'importance des relations.....	126
Des listes d'attente comme services de suivis pour les jeunes	130
Des services d'urgence à l'encontre de l'agentivité des jeunes	132
Les forces et les limites de l'étude.....	135
CONCLUSION	139
RÉFÉRENCES.....	142
ANNEXE A.....	153
ANNEXE B.....	155
ANNEXE C.....	158
ANNEXE D.....	163
ANNEXE E.....	167
ANNEXE F.....	170
ANNEXE G.....	171
ANNEXE H.....	173
ANNEXE I.....	174
ANNEXE J.....	179
ANNEXE K.....	180
ANNEXE L.....	185

RÉSUMÉ

Problématique : Les conduites suicidaires des jeunes représentent un enjeu de santé publique qui ont des effets notables autant sur les personnes concernées que sur les proches, la société ainsi que les services disponibles pour les aider et les accompagner. La problématique du suicide chez les jeunes est préoccupante et soulève des questionnements quant à leur expérience avec les services psychosociaux et de santé qui leur sont offerts, considérant notamment les nombreuses lacunes qu'on y retrouve.

Question de recherche : Dans la littérature scientifique, on observe un manque de connaissances quant à l'expérience subjective des jeunes ayant des conduites suicidaires par rapport aux services en santé mentale au Québec, des données qui pourraient permettre de mieux arrimer les services aux besoins des adolescent·es. La présente étude vise donc à répondre à la question suivante : comment est vécue l'expérience de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et qu'en pensent des intervenant·es ?

Méthodologie : Le cadre conceptuel de cette recherche qualitative est le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979). Afin de répondre à la question de recherche, des entrevues qualitatives ont été effectuées auprès de trois jeunes ainsi que quatre intervenant·es travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires. Avec les jeunes, des écocartes et des questionnaires sociodémographiques ont également été utilisés dans la collecte de données. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites afin d'en faire une analyse thématique.

Résultats : La plupart des jeunes interrogé·es vivent une profonde solitude, grandissent dans des environnements familiaux difficiles et reçoivent peu de soutien de leur entourage, entretenant principalement des relations absentes de réciprocité. La peur de réactions négatives de leurs proches conduit ces jeunes à hésiter à demander de l'aide, confirmant la prévalence de la stigmatisation entourant les conduites suicidaires au sein de la société. Les jeunes rapportent que les services en milieu hospitalier sont moins aidants que les services de suivi offerts par les CLSC et au sein de la communauté. Cela semble être attribué aux mesures restrictives ou au climat d'intervention que l'on retrouve dans les hôpitaux, qui tend à être plutôt marqué par l'autorité et la restriction que l'écoute et le dialogue. De plus, plusieurs jeunes rencontré·es attendent pendant des mois, voire des années avant de recevoir une aide en lien avec leurs conduites suicidaires, ce qui engendre de la frustration tant pour les jeunes que pour les professionnel·les qui les accompagnent.

Les jeunes expriment des difficultés à accéder à une aide en temps opportun, ce qui intensifie leur détresse et les décourage à aller chercher de l'aide. Se sentir écouté·es et pouvoir se confier à une personne qui accueille avec bienveillance la détresse est ce qui semble être le plus apaisant pour les jeunes. Établir une relation de confiance avec les professionnel·les qui les accompagnent est crucial et les jeunes apprécient s'impliquer activement dans leur processus de rétablissement.

Conclusion : L'étude révèle que les divers services offerts aux jeunes aux prises avec des conduites suicidaires sont peu accessibles et ne répondent pas toujours à leurs besoins, ce qui crée de la frustration, de l'insatisfaction et parfois même une perte d'espoir. Nos résultats corroborent ceux trouvés dans la littérature affirmant que les services offerts en centres hospitaliers sont moins appréciés des jeunes, étant trop rigides et considérant peu le regard des jeunes sur les choix de traitements. Des changements doivent être apportés et de plus amples études doivent être poursuivies afin d'offrir des services plus intégrés et accessibles qui incluent le regard des jeunes.

Mots clés : conduites suicidaires, adolescents et adolescentes, expérience subjective, services psychosociaux et de santé mentale.

ABSTRACT

Background: Suicidal behaviors among young people are a public health issue that has notable effects on the individuals themselves, as well as on their loved ones, society, and psychosocial and health services. The issue of youth suicide is concerning and raises questions about their experiences with psychosocial and health services available to them, considering the numerous gaps that exist in these services.

Research Question: In the scientific literature, there is a lack of knowledge regarding the subjective experience of youth with suicidal behaviors regarding mental health services in Quebec. Such data could better align services with the needs of youth. This study aims to answer the following question: What do youth with suicidal behaviors share about their experience within the healthcare and social services network, and what do the professionals who accompany them think about it?

Methodology: The conceptual framework for this qualitative research is the ecological model of human development by Bronfenbrenner (1979). To address the research question, qualitative interviews were conducted with three youth and four professionals working with young individuals with suicidal behaviors. Ecological maps and sociodemographic data forms were also used in data collection with the young participants. The testimonies were recorded and transcribed for thematic analysis.

Results: Most of the interviewed young people experience profound solitude, grow up in difficult family environments, and receive little support from their social circles, primarily maintaining relationships lacking reciprocity. The fear of negative reactions from their loved ones leads these young individuals to hesitate in seeking help, confirming the prevalence of stigmatization surrounding suicidal behaviors in society. Youths report that hospital services are less helpful compared to follow-up services offered by CLSC and within the community. This appears to be attributed to restrictive measures or the intervention climate found in hospitals, which tends to be characterized by authority and restriction rather than listening and dialogue. Additionally, several young individuals wait for months, or even years, to receive help related to their suicidal behaviors, resulting in frustration for both the young people and the professionals accompanying them. The young individuals express difficulties in accessing timely help, which intensifies their distress and

discourages them from seeking assistance. On a positive note, feeling listened to and being able to confide in someone who compassionately acknowledges their distress seems to be the most soothing for the youths. Establishing a trusting relationship with the accompanying professionals is crucial, and the young participants appreciate to be actively engaged in their recovery process.

Conclusion: The study indicates that the various services available to youth with suicidal behaviors are often inaccessible and do not always meet their needs, leading to frustration, dissatisfaction, and sometimes even a loss of hope. Our results support the existing literature suggesting that services provided in hospital settings are less favored by young people due to being too rigid and insufficiently considering the perspective of young individuals regarding their treatment's choices. Changes need to be made, and further studies should be undertaken to offer more integrated and accessible services that incorporate the perspectives of young people.

Keywords: Suicidal behaviors, youth, subjective experience, psychosocial and mental health services.

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1.....	60
Tableau 2.....	61

LISTE DE FIGURES

Figure 1.....	56
Figure 2.....	86
Figure 3.....	86
Figure 4.....	87
Figure 5.....	170

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- AQPS** : Association québécoise de prévention du suicide
- CJE** : Centres Jeunesse Emploi
- CLSC** : Centres locaux de services communautaires
- CPS** : Centre de prévention du suicide
- CRSH** : Conseil de recherches en sciences humaines
- CRSHG** : Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
- CSSS** : Centre de santé et de services sociaux
- CSERCan** : Cohorte santé et environnement du recensement canadien
- DPJ** : Direction de la protection de la jeunesse
- DSM-5** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques
(en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- GMF** : Groupe de médecine familiale
- INSPQ** : Institut national de santé publique du Québec
- IRSC** : Instituts de recherche en santé du Canada
- LGB** : Lesbiennes, gais et bisexuel·les
- MSSS** : Ministère de la santé et des services sociaux
- OIIQ** : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PGPS** : Politique gouvernementale de prévention en santé
- PNSP** : Programme national de santé publique
- RESICQ** : Regroupement des services d'intervention de crise du Québec
- TDAAH** : Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- TSA** : Trouble du spectre de l'autisme
- UQO** : Université du Québec en Outaouais

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de mémoire a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner ma reconnaissance.

Je tiens tout d'abord à adresser toute ma gratitude à la directrice de recherche de ce mémoire, Madame Josée Chénard, PhD, professeure à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), pour sa guidance, sa bienveillance et ses encouragements. Merci pour ta douceur, ta flexibilité et tes judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion, tout au long de ce processus tumultueux.

Je désire aussi remercier les ressources enseignantes de l'UQO, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires. J'adresse également mes plus sincères remerciements à mes collègues et à toutes les personnes qui, par leurs conseils et leurs critiques, ont guidé mes réflexions et ont fait une différence tout au long de mon processus de recherche.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes ami·es et les membres de ma famille qui m'ont apporté leur soutien tout au long de ma démarche. Un énorme merci à ma mère pour sa patience et son soutien inconditionnel, à la fois moral et économique, qui m'a permis de réaliser les études que je voulais, avec une tranquillité d'esprit essentielle à la réalisation de ce mémoire.

Un merci spécial à Clément pour son écoute, ses mots, sa présence vraie et sa douce compréhension des défis qui entourent la réalisation d'un projet de mémoire. Merci d'avoir si bien cru en moi et de m'avoir rappelé continuellement que le chemin parcouru est d'autant plus important que l'arrivée.

Finalement, mes pensées se dirigent vers l'ensemble des participants et participantes qui ont généreusement accepté de me partager leur histoire dans une grande vulnérabilité. Je conserve un souvenir impérissable de mes rencontres avec vous et je vous remercie de m'avoir si bien fait confiance. Je souhaite que les retombées de cette étude soient un juste retour à votre précieuse contribution.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014b), plus de 800 000 personnes se suicident chaque année à travers le monde, ce qui correspond à une personne toutes les 40 secondes. Pour chaque personne qui se suicide, il y en aurait plus de vingt autres qui font des tentatives suicidaires (OMS, 2014b). Le suicide est une problématique de santé publique qui a des répercussions considérables sur les populations touchées, qui sont principalement des personnes vulnérables, comme des adolescent·es ou des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Considérant que la population adolescente compte parmi les populations les plus touchées par les tentatives suicidaires (Camirand et al., 2016), la présente étude vise à explorer l'expérience de jeunes ayant des conduites suicidaires¹ au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Dans le **premier chapitre**, la problématique des conduites suicidaires chez les adolescents et les adolescentes est située en décrivant les concepts, l'ampleur du phénomène, les facteurs de risque, les conséquences ainsi que les interventions gouvernementales actuelles en matière de prévention du suicide. Le **deuxième chapitre** présente quant à lui la recension des écrits en mettant en lumière les services psychosociaux et de santé prodigués aux jeunes ayant des conduites suicidaires, leur expérience avec les services, ainsi que l'expérience professionnelle des intervenant·es qui accompagnent des jeunes vivant de telles problématiques. La pertinence sociale, scientifique et disciplinaire est ensuite explicitée dans le **troisième chapitre**, avant de soulever la question de recherche ainsi que les divers objectifs de la présente étude. Quant au **quatrième chapitre**, il explicite les fondements et la pertinence du modèle écologique du développement humain comme cadre conceptuel de la présente étude. Le **cinquième chapitre** détaille ensuite les divers éléments de la méthodologie de recherche, soit les stratégies de collectes de données utilisées, ainsi que les éléments en lien avec l'éthique et la déontologie de la recherche. Les résultats issus de la présente étude sont par la suite révélés dans le **sixième chapitre** et sont présentés, à la lumière du cadre théorique, en fonction des divers systèmes d'influence sur les conduites suicidaires des jeunes. Finalement, le **septième chapitre** porte sur la discussion et permet de faire

¹ Dans le texte, le terme conduites suicidaires englobe toutes les formes de comportements suicidaires, soit toutes les activités cognitives, émotionnelles ou physiques, et non seulement les actions observables.

des liens entre les résultats issus de ce projet et la littérature. Des pistes de recommandations clinique et scientifique sont également évoquées avant de conclure.

CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE

La présente section explicite la problématique du projet de recherche, soit le phénomène de la suicidalité des adolescents et des adolescentes au Québec. Les concepts entourant la suicidalité sont définis, suivi de la description du processus de crise suicidaire et de statistiques démontrant l'ampleur des conduites suicidaires chez les jeunes. Les facteurs de risque et de protection ainsi que les conséquences associées aux conduites suicidaires des adolescent·es sont finalement décrits alors que le chapitre termine par une brève description des politiques gouvernementales mises en place à ce jour en lien avec la problématique du suicide chez les jeunes.

1.1. Définitions des concepts entourant la suicidalité

Le suicide est un problème de santé publique d'envergure qui a des répercussions importantes à l'échelle planétaire (OMS, 2014b). De manière générale, la suicidalité est une notion complexe qui englobe un large éventail de cognitions et de conduites, incluant le passage à l'acte suicidaire, les comportements ou pensées liés aux tentatives de suicide, ainsi que le sentiment de perte de sens à la vie (Silverman et al., 2007). Ce concept réfère donc à des conduites variées qu'il est nécessaire de bien définir (Silverman et al., 2007). Toutefois, au sein de la littérature scientifique, il est difficile d'obtenir un consensus quant aux définitions des concepts entourant le suicide (Marcelli, 2012).

Les conduites suicidaires sont définies comme un processus complexe qui comprend les idées suicidaires, la planification du suicide, la tentative suicidaire et, dans le pire cas, le suicide (OMS, 2014b). Les conduites suicidaires sont caractérisées par la présence de l'intention de mourir et d'une blessure auto-infligée (Silverman et al., 2007). Un second concept à définir est l'intention, qui réfère au but ou à l'objectif du comportement (Silverman et al., 2007). Dans le cas d'une intention suicidaire, celle-ci peut être causée par un désir de soulagement d'une situation insoutenable ou d'une volonté de mettre fin à une souffrance personnelle (Nicolas, 2015; Silverman et al., 2007). L'intention de se suicider fait donc référence à un désir de quitter la vie telle que la personne la connaît (Silverman et al., 2007). Les menaces de suicide sont une manière couramment utilisée pour communiquer l'intention suicidaire, soit par menace verbale, non verbale ou implicite (Silverman et al., 2007). En ce qui concerne les idées suicidaires, celles-ci se différencient des intentions de suicide, étant donné qu'elles font référence strictement aux pensées en lien avec le

suicide, alors que l'intention comprend la nature émotionnelle en lien avec le processus cognitif et un engagement mental plus important (Silverman et al., 2007).

Quant à la tentative de suicide, celle-ci est définie par l'OMS (2014b) comme toute conduite suicidaire et tout geste d'automutilation ou d'autoagression avec ou sans l'intention de mourir. Toutefois, certains auteurs, comme Silverman et al. (2007) dénotent que la définition de la tentative de suicide devrait inclure tout comportement associé à un haut risque de décès ainsi qu'une réelle intention de se tuer. De manière générale, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes que les suicides complétés et il existe une grande diversité de méthodes utilisées et de populations cibles (Silverman et al., 2007). Les moyens les plus fréquemment utilisés pour faire une tentative de suicide sont les suivants : l'intoxication volontaire aux médicaments, les blessures auto-infligées, la précipitation d'un lieu en hauteur ou d'un véhicule en mouvement, une blessure causée par une arme à feu et la noyade (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Tous ces moyens peuvent être comptabilisés, ou non, comme des tentatives de suicide, selon les cas précis (Marcelli, 2012). Toutes les enquêtes se fondent sur le sentiment subjectif de la personne qui déclare, ou non, avoir commis une tentative de suicide, ce qui signifie que c'est la personne elle-même qui définit si ses comportements représentaient ou non une tentative de suicide (Marcelli, 2012). Cela suggère donc qu'il peut être difficile de déterminer la présence d'une réelle intention de mourir chez un ou une jeune qui présente des comportements à risque.

Finalement, le suicide est défini comme un acte délibéré entraînant la mort et exécuté par une personne dans le but de causer la mort (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Le suicide est donc une blessure auto-infligée de manière intentionnelle qui résulte en la mort (Silverman et al., 2007). De telles définitions permettent de préciser la différence entre les suicides et des comportements à risque dans l'intention de causer la mort, dont la probabilité de survivre est plus grande que celle de mourir (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Il est toutefois important de mentionner que le suicide est un acte qui représente une volonté de mettre fin à une souffrance personnelle, et non un réel désir de mourir (Nicolas, 2015). En effet, la majorité des individus qui adoptent des conduites suicidaires n'ont pas la conviction de vouloir mourir au moment du passage à l'acte, ce qui suggère que le suicide peut survenir par impulsivité en réaction à un stress psychosocial intense (OMS, 2014b).

1.2. Le processus de crise suicidaire

Les tentatives de suicide sont fréquemment issues d'une crise suicidaire au cours de laquelle la personne fait face à des obstacles dans sa quête vers l'atteinte d'un objectif personnel important qui semble insurmontable en fonction de ses stratégies de résolution de problèmes habituelles (Nicolas, 2015). Plus précisément, la crise suicidaire est définie comme une période au cours de laquelle le suicide devient la seule et unique solution envisageable par une personne afin d'apaiser les souffrances et la détresse qui la submerge (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Il s'agit d'un état psychique complexe d'un point de vue clinique qui est hétérogène, inconstant et temporaire qui se caractérise par une profonde détresse et un sentiment de perte de lien social (Jollant, 2022). L'évènement déclencheur de la crise est souvent de nature psychosociale, tel qu'une rupture, une perte, des conflits familiaux ou d'autres adversités (Séguin, 2000). La crise suicidaire peut se produire peu après un évènement difficile comme un décès ou une rupture qui la précipite, mais, dans la majorité des cas, il s'agit d'un processus qui se définit par une progression de l'état d'équilibre vers un état de plus en plus vulnérable (Séguin, 2000). En effet, une crise suicidaire peut s'étaler sur six à huit semaines et est caractérisée par diverses émotions négatives, comme un envahissement émotionnel, des difficultés de concentration, du désespoir et un profond découragement (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Cela est également caractérisé par un sentiment croissant d'isolement social et de repli sur soi, de restrictions des émotions et du sens des valeurs, d'une inhibition ou du développement de comportements agressifs, ainsi que par un envahissement de la vie imaginaire par des facteurs associés au suicide (Walter et Tokpanou, 2003). La personne qui vit une crise suicidaire a également l'impression d'être dans une impasse et d'avoir épuisé toutes les ressources à sa disposition afin de mettre fin à sa souffrance, ce qui fait que le suicide apparaît comme l'unique solution (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). La crise suicidaire est donc un processus complexe qui mérite d'être défini. Les prochaines sections décrivent donc plus en détail les diverses étapes du processus de crise suicidaire, ainsi que les spécificités que l'on observe chez les adolescent-es.

1.2.1. Les diverses étapes de la crise suicidaire

Comme toute crise, la crise suicidaire est caractérisée, de manière générale, par une désorganisation importante qui culmine en une phase aiguë pour se conclure par une période de

récupération (Séguin, 2000; Walter et Tokpanou, 2003). En effet, l'état de crise est caractérisé par un déséquilibre intense et culmine jusqu'à une phase aiguë dans laquelle on observe des réactions d'intensités variables pouvant aller d'une fugue, à des comportements agressifs, à de l'abus de substances ou jusqu'au passage à l'acte suicidaire pour une personne vulnérable (Séguin, 2000; Walter et Tokpanou, 2003). C'est lors de la phase aiguë de la crise qu'on observe les conduites suicidaires (Séguin, 2000), ce qui inclut la phase d'apparition des idées suicidaires, de la rumination suicidaire et de la cristallisation des idées suicidaires (Walter et Tokpanou, 2003).

La première phase du processus suicidaire est la recherche active de solutions (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec [OIIQ], 2007) ou la phase pré-suicidaire qui se caractérise par un grand déséquilibre (Séguin, 2000; Walter et Tokpanou, 2003). Lorsque la personne se heurte à des difficultés qui bouleversent son équilibre, celle-ci tente délibérément de trouver des solutions afin de remédier à son état de crise (OIIQ, 2007). Chacune des solutions envisagées est évaluée en fonction de la capacité de la personne à modifier la situation et à diminuer son état de détresse (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Lorsque la personne perd ses capacités habituelles à répondre aux adversités, elle se retrouve dans un état de vulnérabilité étant donné son incapacité à évacuer les tensions à l'aide de stratégies connues (Séguin, 2000). La personne évalue donc son état de manière négative, ce qui augmente la tension ressentie et la rend de plus en plus difficile à outrepasser (Séguin, 2000). À ce moment, l'épuisement de ressources cognitives peut plonger la personne vers des émotions négatives qui troublent négativement sa perception de la réalité (Séguin, 2000). La personne présente ainsi une certaine vulnérabilité, mais ne songe pas encore au suicide (OIIQ, 2007). Si la personne est capable de mettre fin à son état de déséquilibre en trouvant une solution efficace à son problème, la crise est alors résolue et évitée (Séguin, 2000).

Dans l'éventualité où la personne ne trouve pas de solution afin de résoudre ses difficultés, on peut observer l'apparition de *flashes* ou d'idées suicidaires (OIIQ, 2007; Walter et Tokpanou, 2003). On observe une première apparition des idées suicidaires, alors que la personne envisage pour la première fois le suicide comme solution, ce qui peut surprendre et engendrer de l'angoisse (OIIQ, 2007; Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Les idées suicidaires peuvent disparaître ou réapparaître régulièrement et de manière plus en plus persistante (Walter et Tokpanou, 2003). En effet, lorsque la personne voit les éventails de solutions possibles diminuer progressivement, l'idée

du suicide revient de plus en plus, en étant considérée un peu plus longtemps à chaque fois (OIIQ, 2007). Les tentatives effectuées afin de résoudre les difficultés ainsi que les échecs rencontrés ne font que renforcer le sentiment d'impasse et de découragement chez la personne aux prises avec des conduites suicidaires, tout en affectant négativement son estime de soi (Terra et Pacaut-Troncin, 2008; Walter et Tokpanou, 2003).

Arrive ensuite l'étape de la rumination suicidaire, qui représente le moment où la personne entrevoit le suicide comme seule solution afin de mettre fin à sa souffrance, étant persuadée qu'il n'en existe aucune autre (OIIQ, 2007; Walter et Tokpanou, 2003). À ce moment, la personne vit beaucoup d'angoisse face à l'absence d'autres solutions possibles, au sentiment d'impasse ainsi qu'à l'impression de ne pas être capable d'apaiser la crise par elle-même (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Il est important de préciser que l'absence de solution perçue par la personne provient d'une évaluation subjective de la situation et non d'une réelle absence de solutions alternatives au suicide (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). La souffrance et le stress vécus par la personne l'amènent à ruminer son plan de suicide et les idées suicidaires deviennent omniprésentes (Terra et Pacaut-Troncin, 2008; Walter et Tokpanou, 2003).

Par la suite, on observe la cristallisation suicidaire, l'élaboration du plan suicidaire et, finalement, le passage à l'acte. La cristallisation suicidaire représente le moment où la personne considère réellement le suicide comme l'unique solution possible pour mettre fin à sa détresse (Terra et Pacaut-Troncin, 2008; Walter et Tokpanou, 2003). C'est alors que la planification du suicide prend place, alors que la personne élabore, notamment, le moyen, l'endroit et le moment du passage à l'acte suicidaire (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Cette planification est omniprésente dans l'esprit de la personne (OIIQ, 2007). À ce moment, on observe parfois une phase, nommée la rémission spontanée, c'est-à-dire une période où la personne aux prises avec des conduites suicidaires se sent libérée du fardeau de sa souffrance, sachant que celle-ci sera bientôt finie (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Cette phase s'accompagne parfois d'un sentiment trompeur de calme associé à la reprise de contrôle en lien avec la prise de décision, alors que le passage à l'acte est imminent pour la personne (Walter et Tokpanou, 2003). À ce moment, la personne est soulagée et se sent en reprise de contrôle de la situation, ce qui génère en elle un sentiment de calme et de bien-être (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Quant au passage à l'acte suicidaire, il représente la mise en

application du plan suicidaire et est souvent précédé d'un évènement précipitant, majeur ou mineur, qui survient à la suite d'une accumulation de plusieurs pertes et échecs (OIIQ, 2007). Dans la plupart des cas, ce moment critique est la goutte qui fait déborder le vase, c'est-à-dire le dernier choc d'une série de pertes affectives ou de traumatismes qui peut pousser la personne à passer à l'acte (Walter et Tokpanou, 2003).

Enfin, la phase de résolution de la crise est variable et peut être définie comme étant une résolution adéquate, une résolution inadéquate, un retour à l'équilibre antérieur ou une précipitation vers la crise suicidaire (Séguin, 2000). On parle de résolution adéquate lorsque la personne développe de nouvelles stratégies de résolution de problèmes et que la crise se résorbe (Séguin, 2000). Par contre, si la personne retrouve un niveau de fonctionnement comparable à ce qui précédait la crise, cela signifie que la crise a permis à la personne de développer des moyens pour tendre vers un équilibre (Séguin, 2000). On parle donc d'un retour à l'équilibre antérieur. Dans le cas d'une résolution inadéquate de la crise, la personne développe des stratégies d'adaptation peu efficaces pour réduire temporairement le stress, comme la consommation de substances, ce qui crée davantage de difficultés qui devront être abordées ultérieurement et qui mettent davantage la personne dans un état de vulnérabilité (Séguin, 2000). C'est dans de telles situations que la personne peut replonger dans un état de crise et développer à nouveau des conduites suicidaires (Séguin, 2000). Des facteurs tels que la préméditation du geste suicidaire, son haut degré de létalité perçue par la personne et le regret de l'échec de la tentative sont associés à un risque fort de retomber en crise suicidaire (Walter et Tokpanou, 2003).

1.2.2. Un processus différent chez les adolescents et les adolescentes

Bien que le modèle de la crise suicidaire soit décrit comme un processus général, l'expression de la crise varie en fonction de chaque personne et peut prendre différentes formes en fonction de ses caractéristiques et celles de son environnement (Séguin, 2000). Dans la littérature scientifique, le modèle est décrit théoriquement de manière linéaire et progressive, mais le processus suicidaire ne suit pas toujours précisément les mêmes étapes. Par exemple, la personne peut traverser les étapes rapidement ou peut régresser d'une étape à une autre (Terra et Pacaut-Troncin, 2008). Il est donc possible, par exemple, qu'une personne développe des idées suicidaires et planifie son suicide sans passer à l'acte. De plus, le modèle de processus suicidaire décrit ci-

dessus est basé sur la clientèle adulte, ce qui signifie qu'il peut ne pas refléter de manière exacte le processus suicidaire des jeunes (OIIQ, 2007). En fait, quelques jeunes ne passent pas à travers les mêmes étapes ou présentent certains facteurs, tels que l'impulsivité, la consommation de drogues ou d'alcool, un trouble de santé mentale ou des événements particulièrement stressants, qui peuvent précipiter un passage à l'acte suicidaire (OIIQ, 2007). Le facteur précipitant la crise suicidaire chez les jeunes est souvent une rupture amoureuse ou un échec scolaire (Walter et Tokpanou, 2003). De plus, chez les jeunes, les tentatives de suicide sont souvent caractérisées par l'impulsivité qui s'inscrit dans un contexte environnemental souvent empreint de difficultés, soit de la dépression et, souvent, une dynamique familiale conflictuelle (Marcelli, 2012). L'étude de Walter et Tokpanou (2003) réalisée auprès d'une population adolescente dénote que les signes d'alerte indiquant une crise suicidaire varient en fonction du sexe. Pour les garçons, la crise se présenterait généralement par des prises de risque et des conduites violentes, alors que, pour les filles, elle se manifesterait par des plaintes chroniques, des troubles du comportement alimentaire ainsi qu'un désinvestissement de tout intérêt. Toutefois, de tels résultats semblent refléter une vision stéréotypée des comportements genrés qui ne prend pas en considération la singularité de l'expérience ou la diversité des identités de genre. Les signes d'alertes peuvent donc se présenter de manière différente pour toute personne, indépendamment de son sexe ou de son genre.

1.3. L'ampleur des conduites suicidaires chez les jeunes

À l'échelle planétaire, le suicide et les décès accidentels occasionnés par des comportements d'automutilation représentaient la troisième cause de mortalité chez les adolescent·es en 2015, ce qui représente environ 67 000 décès (OMS, 2017). Au Canada, les conduites suicidaires sont également très fréquentes chez les jeunes (Norris, 2018). En effet, le suicide est la deuxième cause de mortalité au Canada pour les personnes âgées de 15 à 29 ans (Norris, 2018; OMS, 2014b). Le suicide représente également la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans (Hawton et al., 2012). Selon le rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Québec présente le troisième plus haut taux de suicide au Canada, représentant 1,9% des décès en 2012 (Thibodeau et Perron, 2017). Selon les données canadiennes de 2012, les jeunes âgé·es de 15 à 19 ans présentent l'un des taux de suicide les plus élevés, parmi les pays étudiés à l'échelle planétaire (Norris, 2018). Toutefois, au Québec, ce sont les enfants de 10 à 14 ans et les jeunes de 15 à 19 ans qui affichent les taux de suicide les plus bas, depuis les

années 2000 (Levesque, Pelletier et Perron, 2019). Malgré tout, le suicide représentait tout de même 30,6% des causes de décès chez les jeunes âgé-es de 15 à 24 ans en 2012, ce qui suggère que le suicide est une cause de mortalité importante, notamment chez les adolescents et les adolescentes, ainsi que les jeunes adultes (Thibodeau et Perron, 2017). Il est important de rappeler que, pour chaque personne qui se suicide, il y en aurait plus de vingt autres qui font des tentatives suicidaires (OMS, 2014b).

En ce qui concerne les idées suicidaires, *l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015* a démontré qu'environ 2,8% de la population québécoise a eu des idées suicidaires sérieuses dans la dernière année, ce qui exclut les gens qui ont fait une tentative de suicide (Camirand et al., 2016). Aucune différence significative n'a été démontrée en fonction de l'âge ou du sexe. Les résultats de l'enquête attestent également que les tentatives de suicide touchent 0,4% de la population québécoise. De manière intéressante, les auteurs dénotent que cette proportion ne varie pas en fonction du sexe, mais diminue en fonction de l'âge, ce qui signifie que les jeunes de 15 à 24 ans présentent une proportion plus importante de tentatives de suicide que les autres groupes d'âge. La proportion des tentatives de suicide par rapport au suicide est effectivement plus élevée à l'adolescence qu'à n'importe quel moment de la vie (Marcelli, 2012). Une étude effectuée par Cournoyer et al. (2016) auprès d'adolescents et d'adolescentes âgé-es de 12 à 15 ans vivant à Montréal a relevé que 8,6% des jeunes en contexte scolaire présentent des conduites suicidaires, un pourcentage qui s'élève à 37,6% pour les jeunes en milieu clinique, soit ayant reçus des services de première ligne en santé mentale. Un tel pourcentage est loin d'être négligeable.

Il est important de noter qu'il existe deux méthodes principales pour déterminer le taux des tentatives de suicide, soit l'autodéclaration des conduites suicidaires lors d'enquêtes et les données provenant des établissements de santé qui offrent des soins aux individus ayant commis une tentative de suicide (Laforest et al., 2018). Toutefois, étant donné l'absence d'un registre national des tentatives de suicide, il est difficile de tirer des conclusions exactes sur le nombre de tentatives de suicide – des chiffres qui pourraient être bien plus élevés que ceux rapportés dans les études (Laforest et al., 2018). En effet, depuis longtemps, plusieurs suggèrent que les taux de suicide et de tentatives de suicide sont conservateurs, étant donné que les suicides peuvent être identifiés comme des accidents, considérant la présence de doute en lien avec le geste ou même la

stigmatisation (Silbernagel et Davidson, 2017). En somme, les chiffres sur les conduites suicidaires au Québec sont tout de même alarmants et confirment qu'elles représentent une problématique sociale d'importance à laquelle il est important de s'attarder, particulièrement en ce qui concerne les personnes adolescentes.

Finalement, une étude effectuée par Gardner et al. (2019) a étudié le taux de visites aux urgences des centres hospitaliers de jeunes âgé-es de 13 à 17 ans entre 2003 et 2017. Les résultats de l'étude démontrent que, depuis 2009, on observe une augmentation de 135% de jeunes se présentant aux urgences pour des comportements d'automutilation et une hausse de 78% de jeunes se présentant pour des troubles de santé mentale. Cette prévalence est d'autant plus préoccupante depuis la pandémie de COVID-19 qui a eu des influences notables sur la santé mentale des adolescent-es, ainsi que sur celle des enfants. Une étude réalisée par Forgeot et al. (2022) dénote une augmentation des symptômes dépressifs chez les jeunes de 11 à 17 ans depuis 2021, ainsi qu'une hausse des conduites suicidaires de 126%, par rapport à ce qui prévalait avant la pandémie. Cette augmentation semble principalement toucher les jeunes âgé-es de 11 à 14 ans et ne semble avoir aucun effet sur les conduites suicidaires des adultes. On observe donc également une augmentation des problématiques entourant la suicidalité des jeunes depuis quelques années, ce qui ajoute du poids à l'importance d'adresser cette problématique de plus en plus présente auprès des jeunes.

1.4. Facteurs de risque de conduites suicidaires chez les jeunes

Le suicide est un phénomène complexe qui s'explique par l'interaction et l'accumulation de facteurs de risque et de protection qui augmentent ou diminuent le risque suicidaire d'un individu à un moment de sa vie. À la lumière de l'approche écologique que nous décrivons un peu plus loin (c.f. cadre conceptuel), les facteurs de risque entourant les conduites suicidaires des jeunes peuvent être regroupés en trois grandes catégories : les facteurs personnels, interpersonnels et contextuels.

1.4.1. Facteurs de risque personnels

Plusieurs études montrent que les personnes de sexe masculin ont considérablement plus de risques de mourir par suicide que les personnes de sexe féminin (Finkelstein et al., 2015; O'Neill

et al., 2014). En effet, au Québec, le taux de suicide masculin était en 2012 trois fois plus élevé que le taux de suicide féminin (Thibodeau et Perron, 2017). Toutefois, de manière générale, les personnes de sexe féminin ont plus d'idées suicidaires et font plus de tentatives de suicide que les personnes de sexe masculin (DiCorcia et al., 2017; Finkelstein et al., 2015; Thibodeau et Perron, 2017). Ces tendances sont également observables chez les personnes adolescentes, soit qu'on observe plus de tentatives de suicide chez les jeunes de sexe féminin, et plus de suicide chez les jeunes de sexe masculin (Rhodes et al., 2014). Pour les taux de tentatives de suicide, la plus grande proportion observée chez les personnes de sexe féminin augmente avec l'âge culminant au milieu de l'adolescence, alors que la tendance des taux de suicide plus élevés chez les personnes de sexe masculin augmente de manière régulière jusqu'au début de l'âge adulte (Rhodes et al., 2014).

De manière générale, il existe plusieurs facteurs de risque individuels qui sont liés à la probabilité qu'une personne développe des conduites suicidaires, comme les antécédents de tentatives de suicide, les troubles de santé mentale, l'abus d'alcool ou de drogues, le désespoir, la douleur ou les maladies chroniques, le suicide d'un membre de la famille, ainsi que les facteurs génétiques et biologiques (OMS, 2014b). La présence de difficultés académiques et de troubles de comportement à l'école est également associée à des troubles de santé mentale et de l'abus de substance à l'adolescence ainsi qu'à un plus grand risque de suicide à l'âge adulte (Ligier et al., 2020). En effet, les difficultés scolaires, le fait de doubler une année scolaire ou même l'isolement d'un ou d'une jeune à l'école sont autant de facteurs associés à un plus grand risque suicidaire chez les jeunes (Consoli et al., 2013). Le statut socio-économique peut également avoir un impact sur le risque de mort par suicide d'un individu, considérant que, selon une étude réalisée par Vasiliadis (2018), les personnes de 15 ans et plus qui sont décédées par suicide au Québec provenaient majoritairement de régions matériellement et socialement très défavorisées, en comparaison au groupe témoin de personne en vie.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les troubles de santé mentale chez les jeunes figurent parmi les facteurs de risque importants de conduites suicidaires (Consoli et al., 2013; Cournoyer et al., 2016; Finkelstein et al., 2015; Renaud et al., 2009; Vasiliadis, 2018). Les gens décédés par suicide ont effectivement plus de chances d'avoir reçu un diagnostic de trouble dépressif, de dépendance, de schizophrénie, de trouble de la personnalité ou d'autres troubles de

santé mentale, contrairement au groupe témoin (Vasiliadis, 2018). Plus spécifiquement, la présence de syndromes psychiatriques chez la population adolescente, soit l'anxiété, le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), la dépression, les comportements perturbateurs ou la tendance à la consommation de substances, augmente leurs chances de développer des conduites suicidaires (Cournoyer et al., 2016). Le TDAH semble être un facteur de risque seulement pour les jeunes de sexe féminin, alors que les comportements perturbateurs seraient seulement un facteur de risque pour les personnes de sexe masculin (Cournoyer et al., 2016). Le risque suicidaire d'un individu est également associé à des soins psychiatriques reçus dans l'année précédant la mort par suicide (Finkelstein et al., 2015), à des incapacités physiques ou intellectuelles, des problèmes de vision ou d'audition, ainsi qu'au trouble du spectre de l'autisme (TSA) (Moses, 2018). Une étude effectuée par Cournoyer et al. (2016) auprès de jeunes âgés de 12 à 15 ans a également démontré que la dépression est un facteur de risque considérable en lien avec les conduites suicidaires, ce qui signifie que la présence de symptômes dépressifs est un facteur de vulnérabilité important chez les jeunes. La dépression est effectivement le syndrome du DSM-5² le plus associé à la présence de conduites suicidaires chez les jeunes (Cournoyer et al., 2016). De surcroît, une étude réalisée par Séguin et al. (2011) utilisant la méthode d'autopsies psychologiques et de calendriers de vie a permis d'identifier divers défis développementaux et plusieurs adversités auxquels sont confrontées les personnes décédées par suicide au cours de leur vie. Les résultats de cette étude démontrent que, de manière générale, les personnes décédées par suicide sont exposées à de grandes adversités dès leur jeune âge et ont plus de chances de présenter de multiples troubles en comorbidité. Plus précisément, les auteurs ont démontré que les personnes décédées par suicide ont jusqu'à 63 fois plus de chances de présenter des troubles de l'humeur, de l'abus de substances et des troubles anxieux. Il a également été démontré que, chez les jeunes démontrant des symptômes dépressifs, la consommation de substances, dont le tabac et le cannabis, est associée à un plus grand risque de développer des conduites suicidaires (Consoli et al., 2013). Il est donc indéniable que la présence de troubles de santé mentale est un facteur de risque important pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

² Le DSM-5 est la cinquième et dernière édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques* (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

Un second facteur de risque des conduites suicidaires auprès de la population adolescente est les antécédents de tentatives de suicide. Plusieurs études rendent compte d'une association entre les tentatives de suicide et le risque suicidaire des jeunes (Finkelstein et al., 2015; Hunt et al., 2009; Renaud et al., 2009). Les jeunes qui ont déjà commis une tentative de suicide dans le passé sont donc plus à risque de développer à nouveau des conduites suicidaires. Une étude de cohorte basée sur la population ontarienne réalisée par Finkelstein et al. (2015) indique que les jeunes se présentant à l'urgence pour une tentative de suicide par empoisonnement sont 30 fois plus à risque de se suicider l'année qui suit, comparativement à la population générale adolescente. Selon les auteurs, le plus grand prédicteur de suicide auprès de cette population est une seconde tentative de suicide par empoisonnement, ce qui confirme que les tentatives de suicide successives sont un prédicteur significatif du suicide chez les adolescent-es, et donc un facteur de risque majeur.

De surcroît, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les comportements d'automutilation sont un facteur de risque prédisant l'apparition de conduites suicidaires chez les jeunes (DiCorcia et al., 2017; Grandclerc et al., 2016). Les comportements d'automutilation sont également fréquents auprès de la population adolescente ayant des conduites suicidaires. Une étude quantitative s'intéressant aux comportements d'automutilation d'adolescents, d'adolescentes et de jeunes adultes réalisée par DiCorcia et al. (2017) a démontré que les comportements d'automutilation constituent un facteur de risque de conduites suicidaires. Plus spécifiquement, l'étude dénote que ce n'est pas la fréquence des épisodes d'automutilation qui a un impact sur ce risque, mais plutôt le nombre de méthodes variées d'automutilation. En fait, les auteurs expliquent que chaque méthode additionnelle d'automutilation augmente significativement le risque suicidaire des jeunes. Cela suggère que le risque de suicide est plus influencé par la variété des comportements d'automutilation que par le nombre d'épisodes de telles pratiques. Parmi les pratiques d'automutilation les plus fréquentes chez les jeunes, on retrouve le fait de se couper, se frapper, se brûler, se gratter la peau, se piquer, s'arracher des plaies ou d'autres sections de peau, se mordre, s'insérer des objets en dessous de la peau ou des ongles, s'arracher des cheveux ou même avaler des substances dangereuses (DiCorcia et al., 2017). Chez les jeunes, les pratiques d'automutilation ont comme principale fonction d'arrêter les idées suicidaires ou les comportements impulsifs associés aux idéations suicidaires (DiCorcia et al., 2017).

Dans le même ordre d'idées, une revue systématique a été effectuée par Grandclerc et al. (2016) afin d'identifier l'association entre les comportements d'automutilation sans intention de mourir et les conduites suicidaires des adolescent·es. Cela a démontré que la majorité des études différencient les comportements d'automutilation des conduites suicidaires, basée sur la présence ou non d'une intention de mourir. Toutefois, selon les auteurs, les conduites d'automutilation et les conduites suicidaires se retrouvent sur un même continuum de conduites d'autodestruction, étant donné qu'il est difficile de différencier de tels comportements avec ou sans réelle intention de mourir. Cela est expliqué par le fait que l'intention de l'acte ne permet pas d'émettre de conclusion sur la présence ou l'absence d'un désir de mourir et ne permet donc pas de différencier les comportements d'automutilation des conduites suicidaires. Il peut effectivement être difficile pour des jeunes de se représenter la mort et même de comprendre les états mentaux qui sous-tendent leurs comportements et leurs pensées (Grandclerc et al., 2016). On peut donc penser que des comportements d'automutilation peuvent cacher de réelles conduites suicidaires chez les jeunes.

Par ailleurs, dans la littérature scientifique actuelle, il existe un consensus quant au risque plus élevé de conduites suicidaires chez les jeunes lesbiennes, gais et bisexuel·les (LGB), comparativement aux jeunes ayant une orientation hétérosexuelle (Rimes et al., 2019; Shearer et al., 2016). Les jeunes LGB présentent près de deux fois plus de chances de faire une tentative de suicide, comparativement aux jeunes ayant une identité hétérosexuelle (Hass et al., 2010). En effet, plusieurs aspects de la construction identitaire des jeunes LGB constituent des facteurs de risque aux conduites suicidaires, comme les questionnements en lien avec l'orientation sexuelle, le rejet des proches, les difficultés amoureuses, la peur de révéler son identité sexuelle et plusieurs autres (Charbonnier et Graziani, 2013). De telles situations éprouvantes peuvent entraîner chez les jeunes des symptômes dépressifs, une dévalorisation de soi, des idées suicidaires et même un passage à l'acte suicidaire (Beck et al., 2011). Par ailleurs, Shearer et al. (2016) ont démontré que, pour les hommes, ce sont les hommes gais et bisexuels qui sont le plus à risque de conduites suicidaires, alors que, pour les femmes, ce sont les femmes bisexuelles et celles qui se considèrent comme en questionnement de leur orientation sexuelle qui présentent les taux de suicide le plus élevés et qui sont le plus à risque de développer des problèmes de santé. Des résultats similaires ont été répliqués par Rimes et al. (2019) et par Pompili et al. (2014) démontrant l'association entre la bisexualité et le risque suicidaire. De tels constats témoignent donc de la sursuicidalité que l'on retrouve chez les

jeunes issus de la diversité sexuelle.

On observe également une sursuicidalité chez les jeunes trans, soit une suicidalité entre deux et cinq fois plus élevée que chez les jeunes cisgenres (Medico et al., 2020). La puberté semble être un moment critique pour les jeunes trans, étant donné que s'installe le sentiment profond de différence dans une expérience corporelle du genre (Medico et al., 2020). Une étude réalisée par Veale et al. (2017) auprès de 323 jeunes trans âgé·es de 14 à 18 ans dénote qu'environ 65 % des jeunes ont sérieusement considéré le suicide, comparativement à 13 % des jeunes cisgenres, 36 % auraient commis une tentative de suicide dans la dernière année et 75 % présenteraient des comportements d'automutilation. Selon les auteurs, cette détresse est principalement causée par une expérience généralisée de stressors importants chez les jeunes trans, tels que la stigmatisation, la violence, l'intimidation ou la présence d'abus, mais serait grandement atténuée par la présence de soutien de la part de leur famille et de soutien disponible à l'école.

Finalement, on observe également une sursuicidalité chez les adolescent·es autochtones. Selon Santé Canada (2013), les taux de suicide chez les jeunes autochtones figurent parmi les plus élevés au monde et on croit que jusqu'au quart des décès accidentels au sein de cette population pourraient être attribués à des suicides. Selon les résultats de la *Cohorte santé et environnement du recensement canadien* (CSERCCan) de 2011, les taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits entre 2011 et 2016 sont plus élevés que ceux que l'on observe au sein de la population canadienne non autochtone (Kumar et Tjepkema, 2019). Effectivement, comparativement aux taux de suicide de la population canadienne non autochtone, le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les Premières Nations, deux fois plus chez les Métis et neuf fois plus chez les Inuits (Kumar et Tjepkema, 2019). Il est important de noter que les taux de suicide varient beaucoup d'une communauté autochtone à une autre (Santé Canada, 2013). Les taux de suicide des jeunes de moins de 15 ans et 15 à 24 ans des Premières Nations étaient également plus élevés, comparativement aux groupes plus âgés (Kumar et Tjepkema, 2019), ce qui témoigne de la vulnérabilité des jeunes autochtones aux conduites suicidaires. Les résultats de la CSERCCan démontrent également divers facteurs de risque pouvant augmenter le risque suicidaire des jeunes autochtones, dont le revenu du ménage, le niveau de scolarité, l'état matrimonial et la région géographique (Kumar et Tjepkema, 2019). Par exemple, le fait de vivre dans une réserve augmente

significativement le risque de suicide chez les jeunes appartenant aux communautés autochtones (Kumar et Tjepkema, 2019). De plus, lorsqu'on demande aux individus autochtones les raisons qui les ont poussés à faire des tentatives de suicide, les principaux facteurs rapportés sont le manque d'affection de la part des proches, des historiques d'abus sexuels ou d'inceste, les séquelles de l'expérience dans des pensionnats où les jeunes étaient souvent victimes d'abus ou de maltraitance, ainsi que la consommation d'alcool et de drogues (Vitenti, 2018). Selon Vitenti (2018), ces facteurs constituent des motifs de passage à l'acte suicidaire pour les jeunes autochtones. Les populations autochtones ont également fait face à des épidémies de suicide au cours des dernières années, prenons par exemple la vague de tentatives de suicide que l'on a pu observer en Saskatchewan en 2016 alors que plusieurs jeunes filles se sont enlevé la vie (Vitenti, 2018).

1.4.2. Facteurs de risque interpersonnels

En plus des facteurs de risque individuels, il existe plusieurs facteurs relationnels qui ont un effet sur le risque suicidaire des jeunes. Selon l'OMS (2014b), la discrimination, l'isolement, le manque de soutien, la maltraitance, la violence et les relations conflictuelles sont des facteurs de risque associés au suicide. Les enfants qui sont retirés de leur famille pour des motifs de maltraitance sont cinq fois plus à risque de se présenter aux urgences pour des conduites suicidaires, comparativement aux autres enfants de leur âge (Rhodes et al., 2012). Des résultats similaires ont été dénotés par Katz et al. (2011) qui estiment que les jeunes confiés aux services de l'État ont plus de chances de commettre des tentatives de suicide, comparativement aux autres jeunes. De manière intéressante, ces auteurs expliquent que le risque suicidaire des jeunes pris en charge par l'État diminue significativement avec l'entrée dans les services institutionnels étant donné une meilleure accessibilité aux services de santé.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les relations conflictuelles avec la famille ont des impacts sur le risque des jeunes de développer des conduites suicidaires. Une étude de Kielan et al. (2018) effectuée auprès de 1439 adolescent·es de Pologne a permis d'explorer l'opinion des jeunes par rapport aux facteurs de risque associés au suicide. Selon 37% des jeunes ayant participé à l'étude, le principal problème familial pouvant devenir un facteur de risque de suicide est le manque de compréhension de la part des parents. Seulement 1% des jeunes de l'étude ont mentionné que les problèmes familiaux n'ont pas d'impact sur les conduites suicidaires, ce qui est

marquant et témoigne de l'ampleur de ce facteur de risque pour les jeunes. De plus, une étude réalisée par Consoli et al. (2013) auprès d'un large échantillon transversal de jeunes âgés de 17 ans a démontré que des relations négatives avec les parents ainsi que des difficultés relationnelles entre des parents vivant encore ensemble sont des facteurs associés à des symptômes dépressifs et des conduites suicidaires, et ce, indépendamment du genre. Cette étude démontre donc que ce n'est pas la séparation des parents qui a nécessairement un impact sur le risque suicidaire des jeunes, mais plutôt l'absence d'harmonie ou la perception des jeunes de la qualité de la relation parentale.

De surcroît, une étude réalisée par Séguin et al. (2011) utilisant la méthode d'autopsies psychologiques a démontré que les personnes décédées par suicide sont exposées à de grands défis familiaux dans leur enfance et leur adolescence, c'est-à-dire des difficultés relationnelles avec les parents, de la négligence, des conflits fréquents ainsi que de la violence physique et sexuelle. Plus précisément, les résultats de l'étude ont démontré que 77% des personnes décédées par suicide ont été exposés à de l'abus psychologique, de la violence physique et/ou sexuelle avant l'âge de 14 ans, dont la moitié avant l'âge de 4 ans. Les auteurs expliquent que ces difficultés présentes dès le jeune âge pairées à l'absence de relations sécurisantes avec les parents placent les jeunes dans des trajectoires de vie difficiles et augmentent considérablement leurs chances de développer des difficultés psychologiques, professionnelles et financières durant l'adolescence. De manière intéressante, l'étude de Séguin et al. (2011) présente deux trajectoires de vie différentes des personnes décédées par suicide. Les jeunes chez qui on observe la première trajectoire de vie, soit environ la moitié des personnes décédées par suicide, bénéficient de peu de protection de la part de leurs parents et vivent une vie remplie de difficultés développementales sévères et de défis. Dans cette trajectoire, presque toutes les sphères de vie sont teintées d'adversité et de défis et les jeunes ont plus de chances de mourir par suicide avant d'avoir 20 ans, ce qui signifie que ces jeunes sont une population particulièrement à risque de suicide (Séguin et al., 2014). En ce qui concerne l'autre moitié des personnes décédées par suicide, elles vivent une trajectoire de vie caractérisée par moins de défis, mais plutôt par des tensions familiales et des difficultés scolaires (Séguin et al., 2011). Tout compte fait, la présence de violence dès le jeune âge est un prédicteur significatif de difficultés à travers le temps qui augmente le risque de mort par suicide, ce qui signifie que plusieurs jeunes sont exposés à des environnements nocifs depuis leur enfance et ces difficultés peuvent grandir avec le temps étant donné que ces jeunes ne sont pas capables de les surmonter (Séguin et al., 2011;

Séguin et al., 2014).

Finalement, les difficultés relationnelles avec les pairs ont également des impacts sur le risque suicidaire des jeunes. Une revue de la littérature effectuée par Lachal et al. (2015) dénote que les conflits interpersonnels, les ruptures amoureuses, les séparations, les deuils et l'isolement sont tous des facteurs pouvant augmenter le risque des jeunes de développer des conduites suicidaires. La présence de rejet, l'intimidation, la discrimination ou le sentiment de se sentir différent·e des autres jeunes sont également des éléments qui peuvent augmenter le risque suicidaire des jeunes (Lachal et al., 2015). Cela rejoint les résultats de l'étude de Kielan et al. (2018) révélant que, pour presque la moitié des jeunes, des conflits avec les pairs représentent les principales situations scolaires pouvant être une source d'idées suicidaires. Presque 60% des jeunes de cette étude croient que le fait de vivre un rejet de la part d'une personne proche et importante est le principal facteur associé au sentiment de solitude contribuant aux conduites suicidaires des jeunes. Des résultats similaires ont également été rapportés dans une étude de Lardier et al. (2016) réalisée auprès de 488 jeunes âgé·es de 10 à 18 ans, selon laquelle des expériences d'intimidation en contexte scolaire augmentent les chances des jeunes de développer des conduites suicidaires, et ce, indépendamment du genre. Selon cette étude, la présence de dépression et de conflits au sein de la famille augmente significativement les chances des jeunes de développer des idées suicidaires, étant donné le manque de soutien et l'isolement. Ces études mettent donc en évidence l'importance des interactions sociales et familiales, ainsi que de l'environnement scolaire en lien avec le risque suicidaire des jeunes. Pour les jeunes, la communication peut être difficile et une tentative de suicide peut parfois servir de moyen pour exprimer leur détresse à leurs proches ou comme moyen de vengeance (Lachal et al., 2015).

1.4.3. Facteurs de risque contextuels

Il existe également plusieurs facteurs de risque liés au système de santé et aux sociétés qui influencent les conduites suicidaires des jeunes. Selon l'OMS (2014b), plusieurs facteurs de risque constituent des obstacles à l'accessibilité aux soins en santé mentale et engendrent un risque de suicide accru, tels que la stigmatisation concernant la demande d'aide, l'organisation complexe de services de santé, ainsi que le manque de services. Les sociétés actuelles sont empreintes de stigmatisation envers les personnes qui demandent de l'aide pour des conduites suicidaires ou pour

des troubles de santé mentale, ce qui les empêche de recevoir les services qui leur sont nécessaires (OMS, 2014b). L'impact de la stigmatisation sur la demande d'aide des jeunes est un phénomène abordé plus en détail dans la recension des écrits (c.f. section 2.3.3.). Le risque suicidaire dépend également de l'accessibilité directe ou de la proximité des moyens de suicide, tel que l'accès aux pesticides, aux armes à feu, aux lieux en hauteur, aux médicaments, aux voies ferrées, aux sources de monoxyde de carbone, etc. (OMS, 2014b). La couverture médiatique a également une influence sur le risque suicidaire, c'est-à-dire que les suicides sont parfois médiatisés de manière sensationnelle ou de manière inappropriée, par exemple en normalisant les conduites suicidaires ou en partageant de l'information erronée sur les sites internet, ce qui peut augmenter le risque de conduites suicidaires chez les personnes vulnérables, comme les adolescents (OMS, 2014b).

1.5. Conséquences des conduites suicidaires des adolescent·es

Le suicide est un problème majeur de santé publique qui a des effets dévastateurs sur la famille, l'entourage et les communautés, et ce, jusqu'à plusieurs années après le décès (OMS, 2014b). Les tentatives de suicide ont également d'importantes retombées sur la personne, l'entourage et la société.

1.5.1 Les conséquences individuelles

Les tentatives de suicide ont des répercussions psychologiques majeures chez le ou la jeune, en plus d'augmenter le risque de commettre d'autres tentatives de suicide ou même de mourir par suicide (DiCorcia et al., 2017). En effet, une tentative de suicide peut constituer un événement traumatisant pour les jeunes et peut avoir des répercussions physiques et psychologiques importantes et ultimement nuire à leur qualité de vie (Silbernagel et Davidson, 2017). Par ailleurs, comme mentionné plus tôt, le processus de crise suicidaire cause beaucoup d'émotions négatives chez la personne aux prises avec des conduites suicidaires, comme un envahissement émotionnel, une grande souffrance, des difficultés de concentration, du désespoir, de l'anxiété et un profond découragement (Terra et Pacaut-Troncin, 2008).

1.5.2. Les conséquences sur les proches

Les conduites suicidaires ont également des conséquences substantielles sur l'entourage des adolescent·es, surtout sur les membres de la famille (Silbernagel et Davidson, 2017). Le suicide a

effectivement des répercussions sur les personnes endeuillées, que l'on nomme comme des survivants et des survivantes du suicide. Une revue de la littérature effectuée par Jordan (2017) dénote que le deuil causé par un suicide augmente les risques de développer des idées ou des conduites suicidaires, des troubles de santé mentale, tels qu'un trouble bipolaire, un trouble dépressif, un trouble d'abus de substances ou un deuil pathologique, ainsi que des difficultés sociales, comme l'isolement ou la stigmatisation. L'auteur dénote que, de manière générale, les personnes qui sont exposées à un suicide d'un membre de la famille ont entre deux et trois fois plus de chances de mourir par suicide. Les survivants et survivantes du suicide ont non seulement plus de chances de développer divers troubles de santé mentale, mais sont également plus à risque d'être victimes de stigmatisation ou d'évitement de la part de leur réseau social, ce qui a des effets considérables sur leur santé mentale (Jordan, 2017). Par ailleurs, selon l'étude qualitative de Gall et al. (2014), le processus de deuil des survivants et survivantes du suicide s'accompagne de plusieurs émotions qui sont spécifiques à cette forme de deuil, comme la culpabilité, la honte, l'impuissance, la colère, la solitude, les regrets, le sentiment d'abandon et la stigmatisation. La culpabilité est une caractéristique distinctive du deuil par suicide qui a comme effet d'amener la personne endeuillée à se reprocher et à s'attribuer la responsabilité du passage à l'acte, ce qui est exacerbé par la stigmatisation associée au suicide (Gall et al., 2014). Selon une étude réalisée par Gratton et Bouchard (2001), le suicide d'un ou d'une proche engendre chez les adolescent-es un long processus de questionnements, considérant que le suicide est un geste difficile à comprendre. Les auteurs dénotent que les jeunes endeuillé-es par suicide vivent une longue quête de sens. Plusieurs facteurs ont également une influence sur la réaction du jeune ou de la jeune endeuillé-e, dont la qualité de la relation avec la personne décédée et le rapport avec la mort (Gratton et Bouchard, 2001). Bref, en passant par la culpabilité, la détresse et la stigmatisation, on remarque que le suicide a des répercussions notables sur les proches.

1.5.3. Les conséquences sur la société

En plus d'avoir des répercussions sur les individus ainsi que sur les proches, les conduites suicidaires constituent un lourd fardeau social, étant donné l'utilisation de services de santé pour le traitement des blessures infligées, les conséquences psychologiques et sociales des conduites suicidaires sur la personne elle-même et son entourage, ainsi que la possible invalidité à long terme que peuvent engendrer les blessures causées par la tentative de suicide (OMS, 2014b). En effet, les

services de santé mentale font partie des services d'hospitalisation les plus coûteux du système de soins de santé au Canada (Silbernagel et Davidson, 2017). Les coûts estimés pour le suicide, les conduites suicidaires et l'automutilation des adolescent·es au Canada est d'environ 745 millions par année, ce qui représente le coût par habitant le plus élevé de tous les groupes d'âge (Silbernagel et Davidson, 2017). Par ailleurs, toujours en lien avec les coûts des services de santé reliés aux tentatives de suicide des jeunes, une étude de Sinclair et al. (2011) indique que 69% des coûts de services sociaux et de santé en lien avec les conduites suicidaires des jeunes sont attribués aux soins en psychiatrie et que seulement 13% des coûts sont attribués aux services sociaux. Ces résultats témoignent du caractère hospitalocentré de notre système de santé.

1.6. Politiques publiques gouvernementales en santé mentale et en prévention du suicide

Étant donné que le suicide est un problème de santé évitable, il existe divers outils permettant de diminuer le taux de suicide dans la population actuelle, en misant majoritairement sur les individus qui sont le plus à risques, soit ceux provenant de pays à faibles revenus, les jeunes, les personnes âgées ainsi que les personnes qui vivent de l'isolement social (OMS, 2014a). En effet, plusieurs pays à travers le monde se mobilisent et posent des actions afin de prévenir ce problème de santé publique. Depuis quelques années, le gouvernement du Québec met en place différentes mesures en matière de prévention du suicide.

Tout d'abord, le Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 proposé par le Gouvernement du Québec (2015) présente un cadre d'action pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de, non seulement maintenir, mais également améliorer l'état de santé de la population québécoise. Avec la mise en place du PNSP, le Gouvernement du Québec (2015) propose d'intervenir sur plusieurs facteurs influençant la santé, notamment en misant sur des interventions visant la prévention des troubles de santé mentale ou d'adaptation sociale, ainsi que l'adoption de comportements sécuritaires, comme des choix éclairés en matière de santé, de bien-être et de saines habitudes de vie. En lien avec la prévention du suicide, la santé publique mise principalement sur la mise en œuvre de réseaux de sentinelles et de lignes téléphoniques spécialisées en intervention de crise suicidaire. Plus précisément, l'établissement d'un réseau de sentinelles est une stratégie globale de prévention du suicide dont l'objectif est d'établir des contacts avec les personnes vulnérables au suicide afin de leur venir en aide et de les diriger vers

les ressources d'aide disponibles de la région (Roberge et Bouguezour, 2018). Les sentinelles sont des adultes bénévoles qui, par leur emploi, leur bénévolat, leur place dans la communauté ou simplement leurs qualités personnelles d'aidants ou d'aidantes naturel·les, sont susceptibles d'être en contact avec des personnes en détresse ou vulnérables au suicide (Roberge et Bouguezour, 2018).

L'implantation du réseau de sentinelles dans l'ensemble du Québec remonte à 2006, à la suite de la publication d'un cadre de référence issu d'un consensus entre plusieurs professionnel·les de la santé publique, sous la coordination du MSSS (Roy, 2006). Ce cadre a permis de définir le rôle des sentinelles, de déterminer la contribution du réseau de sentinelles à la prévention du suicide ainsi que d'identifier les étapes du processus d'implantation de cette stratégie dans les réseaux de la santé au Québec (Roy, 2006). Afin d'optimiser l'implantation du réseau, le cadre mise sur la collaboration entre les partenaires, la promotion des projets, l'importance du rôle du coordonnateur de projet, la formation adéquate des sentinelles ainsi que le soutien aux sentinelles (Roy, 2006). De plus, selon le MSSS, il est nécessaire d'implanter le réseau de sentinelles dans des milieux ciblés, soit le plus près possible des milieux de vie des personnes plus vulnérables au suicide, tout en misant sur la contribution de différents partenaires, comme les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les organismes communautaires, les écoles, les centres de crise, etc. (Roy, 2006). Bref, l'implantation d'un réseau de sentinelles a comme objectif d'augmenter la probabilité que les personnes aux prises avec des conduites suicidaires soient reconnues rapidement, tout en facilitant l'aide offerte au moment de la crise et l'orientation vers les ressources nécessaires (Roy, 2006). Selon le rapport d'évaluation émis par le MSSS en 2012 sur l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec, beaucoup de temps et d'efforts sont consacrés à l'implantation des réseaux de sentinelles de la part de plusieurs acteurs appartenant aux milieux institutionnels et communautaires. Le rapport dénote également plusieurs conditions affectant l'implantation du réseau de sentinelles, tels que le financement, le respect de l'expertise, le partenariat ainsi que la définition claire des rôles de tous et toutes. Il est également important de préciser que le réseau de sentinelles a été uniquement développé pour la population adulte.

Une seconde intervention gouvernementale en matière de prévention du suicide s'inscrit

dans la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), parue en 2016 et intitulée *Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. À l'aide de cette politique, le Gouvernement du Québec (2016) se dote d'un cadre structuré permettant d'agir efficacement sur les facteurs déterminants de la santé des individus. La PGPS a comme principale visée d'améliorer la performance des services de prévention au Québec, notamment en ce qui concerne la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide (gouvernement du Québec, 2016). Plus précisément, le Gouvernement du Québec (2016) s'est engagé à mettre en place diverses mesures en lien avec quatre principales orientations en matière de prévention de la santé, soit les suivantes : le développement précoce des compétences individuelles, l'aménagement sécuritaire des communautés et territoires, l'amélioration des conditions de vie, ainsi que le renforcement des mesures de prévention offertes par le système de santé. Le gouvernement propose ainsi de mettre en place une approche de prévention positive qui contribue à la participation des individus au sein de la collectivité, afin de renforcer les services de prévention individuels et collectifs pour obtenir des gains de santé supplémentaires. La PGPS vise alors le renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux au Québec afin de réduire les inégalités sociales en matière de santé (gouvernement du Québec, 2016).

De cette politique gouvernementale a découlé la mise sur pied du *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la politique gouvernementale de la prévention en santé*, qui offre une structure et une planification pour la mise en œuvre de la PGPS. Ce plan d'action présente les actions à réaliser pour l'implantation de la PGPS ainsi que la distribution des tâches et des investissements qui y sont associés (gouvernement du Québec, 2018). Afin de renforcer l'implantation de l'offre des services préventifs offerts à la population en matière de promotion de la santé et de prévention du suicide, le Gouvernement du Québec (2018) recommande de soutenir les gestionnaires et les professionnels du réseau public ou communautaire dans leurs fonctions et leurs interventions en prévention du suicide. Pour ce faire, on vise les moyens suivants : des guides des bonnes pratiques pour les intervenants et les gestionnaires, des activités favorisant l'appropriation de ces guides, une formation basée sur les meilleures pratiques reconnues et adaptées à divers contextes, ainsi qu'une stratégie de prévention axée sur l'utilisation des nouvelles technologies de communication (gouvernement du Québec, 2018). Le MSSS du Québec est responsable de ces actions à réaliser, en collaboration avec le CISSS et les partenaires des territoires

respectifs, comme les organismes communautaires, les établissements de santé et de services sociaux non fusionnés ainsi que les groupes de médecine familiale (GMF) (gouvernement du Québec, 2018). Le Gouvernement du Québec (2018) vise donc la mise en place d'actions qui permettront de fournir des outils aux différents acteurs et actrices impliqués dans la prévention du suicide, d'accroître l'efficacité du partage d'information et de la collaboration, ainsi que de rejoindre plus efficacement les populations vulnérables au suicide. Bref, à la suite de l'adoption de ce plan d'action interministériel, on souhaite observer des retombées quant à la qualité des interventions visant la promotion de la santé et la prévention du suicide (gouvernement du Québec, 2018).

De surcroît, une autre intervention étatique au Québec en matière de prévention du suicide est la *Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide* qui vise à repérer dans les échanges virtuels les personnes en détresse ou à risque suicidaire (Boutin, 2017). En 2017, un financement de 5 millions de dollars a été octroyé à l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) de la part du Gouvernement du Québec afin de développer la première stratégie québécoise numérique de prévention du suicide à l'échelle mondiale (Boutin, 2017). Cette stratégie s'incorpore aux objectifs de la PGPS, soit de renforcer les actions de prévention du suicide, notamment en utilisant les nouvelles technologies pour prévenir cette problématique de santé publique (Boutin, 2017). Plus précisément, elle a été mise en place afin de guider le développement de stratégies numériques et d'interventions en ligne, dans l'objectif de partager de l'information sur le suicide, de repérer des personnes ayant des conduites suicidaires, d'offrir des services aux personnes qui répondent moins bien aux outils d'intervention traditionnels, ainsi que de favoriser la visibilité de diverses ressources (AQPS, 2019). En effet, en se basant sur les données probantes, cette stratégie vise le développement d'une plateforme numérique dédiée à la prévention du suicide comprenant des sections d'information, de brèves capsules vidéo psychoéducatives sur la prévention du suicide, des services à la population ainsi que des services offerts aux ressources en prévention du suicide (AQPS, 2018). En ce qui concerne les services offerts à la population, la plateforme propose, notamment, un service d'intervention par clavardage et messages textes, un groupe de soutien en ligne, un service d'orientation et de références, des programmes et des outils facilitant la prise en charge de la maladie mentale, etc. (AQPS, 2018). De plus, la plateforme offrira des fonctionnalités permettant aux ressources impliquées dans la prévention du suicide d'agir de manière efficace et

rapide auprès des personnes suicidaires, par exemple, à l'aide d'un dossier partagé en ligne ou d'un système de suivi par messages textes (AQPS, 2018). Bref, cette plateforme développée dans le cadre de la stratégie permettra de favoriser la prise de contact et le suivi des personnes suicidaires, tout en assurant la complémentarité des services numériques, les services conventionnels ainsi que les structures d'interventions existantes (AQPS, 2018). Au Québec, Tel-Jeunes l'a d'ailleurs bien compris. En effet, en plus d'offrir un service téléphonique et par courriel, Tel-Jeunes (2020) permet aux jeunes de communiquer par messages textes avec un intervenant, et ce, de manière facile, accessible, anonyme et discrète. En effet, depuis 2013, Tel-Jeunes offre des services d'intervention par textos afin de rejoindre le nombre croissant de jeunes qui utilisent leur téléphone cellulaire comme principal moyen de communication (Thoër et al., 2017). Dans le même ordre d'idées, en misant sur l'utilisation de nouvelles technologies pour la prévention du suicide, l'application mobile *Crise* a été développée par le Regroupement des services d'intervention de crise du Québec (RESICQ), qui constitue la première application mobile pour les personnes en détresse au Québec (Dubuc et al., 2016). L'application *Crise* permet d'identifier la ressource d'intervention de crise la plus près grâce à la géolocalisation et ainsi donner l'information nécessaire à la personne pour qu'elle puisse avoir accès à une aide téléphonique immédiate et spécialisée (Dubuc et al., 2016).

Plusieurs interventions étatiques ont donc été déployées par le gouvernement provincial au cours des dernières années afin de diminuer l'ampleur des conséquences en lien avec le suicide des jeunes et la population générale, en plus d'améliorer l'état général de santé de la population québécoise. Toutefois, le système québécois de soins et de services en santé mentale pose quelques défis attribués à divers facteurs organisationnels, institutionnels et culturels, tels que le cloisonnement des pratiques sanitaires, le manque de dépistage précoce des problèmes de santé mentale, ainsi que des lacunes concernant l'accompagnement des individus en fonction de leurs besoins (Bartoli et al., 2019). Plus précisément, plusieurs auteurs et autrices s'entendent pour dire qu'il faut accroître les actions en matière de prévention du suicide, étant donné les lacunes quant au dépistage du risque suicidaire (Leavey et al., 2016) ainsi que l'accessibilité, l'intégration et la continuité des services de santé et des services sociaux (Finkelstein et al., 2015; Frosh et al., 2011; Jordan et al., 2012). De telles lacunes ont inévitablement des répercussions majeures sur les services offerts aux jeunes présentant des conduites suicidaires.

Somme toute, les conduites suicidaires des jeunes sont un problème de santé publique qui ont des effets notables autant sur les personnes concernées, que sur les proches, la société ainsi que les services psychosociaux et de santé. On parle notamment de la détresse que cela peut infliger aux proches, des coûts associés aux services de santé ou des efforts étatiques dans la mise en place de politiques gouvernementales visant à réduire l'incidence de cette problématique d'envergure. La problématique du suicide chez les jeunes est préoccupante et soulève des questionnements quant à leur expérience avec les services psychosociaux et de santé qui leur sont offerts à ce sujet, considérant notamment les nombreuses lacunes qu'on y retrouve. Le prochain chapitre traitera donc de ce sujet, mais de manière plus spécifique.

CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS

Afin d'examiner l'expérience des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires en lien avec les services sociaux et de santé, une recension des écrits a été réalisée. La recension des écrits vise à répondre à la question suivante :

- Quels sont les facteurs qui influencent l'expérience des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans les services de santé et les services sociaux ?

Dans le but d'élaborer cette recension des écrits, diverses méthodes de repérage d'articles ont été utilisées en mettant de l'avant des critères spécifiques, c'est-à-dire que les articles devaient être de langues française ou anglaise, devaient avoir été publiés en 2010 et 2020 et devaient traiter du phénomène du suicide chez les adolescent-es. Les bases de données consultées sont celles fréquemment employées dans le domaine du travail social et de la psychologie : PsychArticles, Taylor and Francis, Érudit, Elsevier et Google Scholar. Pour ce faire, les mots-clés suivants ont été utilisés : « attempted suicide », « suicide », « social services », « health care services ». Ceux-ci ont ensuite été associées à « jeunes », « youth » ainsi que le filtre « Age Group: Adolescence (13-17 yrs) » afin de sélectionner les articles traitant des jeunes. Cette première recension s'est terminée en mars 2020 et a permis de retenir 82 articles pertinents. De plus, à partir des listes de références d'articles sélectionnés, d'autres articles susceptibles d'être pertinents à la présente recherche ont été intégrés à la présente recension. Des documents provenant des sites gouvernementaux du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec ont également été consultés et retenus. En septembre 2022, une mise à jour a été effectuée en utilisant les mêmes critères. Cette mise à jour a permis de retenir 52 nouveaux articles. Les articles recensés ont permis de faire ressortir quelques thématiques importantes, dont l'accessibilité aux services en santé mentale, la continuité des services, la demande d'aide des jeunes, l'évaluation subjective des services qui leur sont offerts, ainsi ce qu'en disent des professionnel·les de la santé.

2.1. L'accessibilité aux services en santé mentale

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux est une stratégie de prévention qui a une influence notable sur le suicide au sein de la population (OMS, 2014b), ce qui témoigne de la pertinence de s'intéresser à l'accessibilité aux services de santé pour les adolescent-es qui

présentent des conduites suicidaires.

De manière générale, les personnes de sexe féminin et les personnes aux prises avec des troubles dépressifs ou anxieux ont plus de chances de recevoir des soins en santé mentale durant le mois précédant leur suicide (Leavey et al., 2016; Renaud et al., 2009). De nombreuses études dénotent également que les personnes décédées par suicide présentent souvent des symptômes de trouble de santé mentale avant leur décès et que la majorité ont consulté un·e professionnel·le de la santé avant de passer à l'acte (Guerra et Vasiliadis, 2016; Leavey et al., 2016; Renaud et al., 2009). Selon une étude rétrospective réalisée par Guerra et Vasiliadis (2016) utilisant des données de 1231 jeunes du Québec âgés de 25 ans et moins décédés par suicide, environ 30% des jeunes avaient reçus un diagnostic de trouble de santé mentale dans les années avant le décès, et ce, majoritairement pour les personnes de sexe féminin. Les résultats de l'étude ont également démontré que 23,5% des jeunes n'ont pas utilisé de services dans l'année précédant leur décès par suicide. De tels résultats sont alarmants, selon les auteurs, et sont parlants quant aux difficultés d'accès aux soins en santé mentale en lien avec le suicide pour les jeunes. Pour les jeunes qui ont bénéficié de services, ce sont ceux offerts en clinique externe qui semblent être le plus utilisés, suivi des visites aux urgences et des hospitalisations (Guerra et Vasiliadis, 2016).

Une étude de cohorte rétrospective réalisée par Leavey et al. (2016) examine les facteurs qui prédisent une consultation auprès d'un·e professionnel·le de la santé et des services sociaux durant l'année précédant le suicide en analysant les dossiers de personnes décédées par suicide en Irlande du Nord. Les résultats indiquent que 87% des personnes décédées par suicide avaient contacté un ou une médecin généraliste l'année précédant leur mort. L'étude dénote également que les médecins généralistes posent peu de diagnostics de troubles mentaux, malgré la fréquence élevée des contacts avec les professionnel·les de la santé pour des problèmes liés à la santé mentale. Selon les auteurs, cela peut s'expliquer par une sous-estimation de l'ampleur des troubles ou par une réticence à poser un diagnostic de santé mentale à un ou une jeune, ce qui suggère que le dépistage des troubles mentaux représente un défi majeur pour les médecins généralistes. Leavey et al. (2016) dénotent que des consultations fréquentes, un diagnostic de trouble de santé mentale et le genre masculin sont des facteurs qui augmentent les préoccupations des professionnel·les de la santé en lien avec le risque suicidaire. Des résultats similaires ont été relevés par une étude de

cas réalisée par Renaud et al. (2009) visant à examiner l'utilisation de services de santé avant le suicide chez les jeunes âgés de 11 à 18 ans au Québec. L'étude montre qu'une proportion significative de jeunes sont laissés sans diagnostic de santé mentale ou soins psychiatriques appropriés dans l'année précédant le suicide. Toutefois, des autopsies psychologiques réalisées dans le cadre de cette étude ont montré que plus de 90% des jeunes décédés par suicide présentaient des troubles de santé mentale au moment de leur décès. Bien que la majorité des jeunes décédés par suicide ont consulté un·e professionnel·le de la santé avant leur décès, on remarque ainsi un faible taux de reconnaissance des troubles de santé mentale ou de traitement auprès de cette population. Considérant le fait qu'il est parfois peu souhaitable d'apposer un diagnostic de trouble de santé mentale à un ou une jeune, ces résultats témoignent tout de même de lacunes importantes quant au dépistage, à l'évaluation des troubles de santé mentale et des conduites suicidaires des jeunes, ainsi qu'au traitements qui leur sont offerts.

En contrepartie, une étude de Vasiliadis et al. (2018) effectuée auprès de jeunes québécois et québécoises âgés de 15 ans et plus montre que ceux et celles décédés par suicide avaient généralement moins tendance à consulter dans l'année précédant le décès et avaient moins tendance à être de grands utilisateurs ou de grandes utilisatrices de services de santé, comparativement au groupe témoin de personne en vie. Les jeunes décédés par suicide qui vivaient avec un trouble de santé mentale ou d'abus de substances avaient plus tendance à consulter en clinique ambulatoire et à l'urgence, contrairement aux personnes n'ayant pas de diagnostic. Selon Vasiliadis et al. (2018), la majorité des cas de suicide avait une plus grande utilisation de l'urgence et avaient plus tendance à consulter des psychiatres, mais moins tendance à consulter des omnipraticien·nes en ambulatoire, ce qui peut mettre en exergue un manque de suivi en médecine générale et des lacunes de relances pour des services de suivi spécialisés après une présentation aux urgences.

Par ailleurs, plusieurs auteurs décrivent les difficultés d'accès aux services spécialisés pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires au Québec et au Canada (Frosch et al., 2011; Jordan et al., 2012; Leavey et al., 2016; Renaud et al., 2009; Silbernagel et Davidson, 2017). L'étude de Renaud et al. (2009) démontre que plus de 65% des jeunes décédés par suicide n'ont pas eu de contact avec des intervenant·es du réseau de la santé et des services sociaux durant le mois précédant leur suicide, ce qui témoigne des opportunités limitées des professionnel·les de la

santé d'intervenir afin de prévenir le suicide des jeunes. Les auteurs affirment que les jeunes consultent majoritairement des médecins généralistes, et non des spécialistes en santé mentale, mais ne mentionnent pas les raisons pour soutenir cette affirmation, ce qui constitue une limite de l'étude. Les urgences représentent donc un point d'accès privilégié pour des services en santé mentale pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires (Frosch et al., 2011). Cela peut s'expliquer par l'organisation et les difficultés d'accès aux services et soins en santé mentale, ainsi que par la perception d'absence d'alternatives pour obtenir de l'aide en cas d'urgence (Frosch et al., 2011). Frosch et al. (2011) indiquent également que les jeunes qui se présentent aux urgences pour une tentative de suicide ont peu de chances d'avoir reçu des services psychiatriques en consultation externe, malgré la présence d'une tentative de suicidaire antérieure. Aucune raison n'est dénotée par les auteurs afin d'expliquer ce phénomène. De plus, il a été démontré que plusieurs personnes adolescentes ayant des conduites suicidaires qui sont conscientes des effets positifs de la thérapie et qui ont formulé une demande d'aide n'obtiennent aucun service en lien avec le suicide (Jordan et al., 2012). Une telle absence de services reçus a une incidence considérable sur leur perception de la possibilité de recevoir de l'aide et augmente, par le fait même, leur sentiment de marginalisation (Jordan et al., 2012). En ce sens, Leavey et al. (2016) ont révélé que seulement 2% des personnes décédées par suicide avaient reçu des services de psychothérapie, ce qui, selon les auteurs, témoigne d'une faible collaboration entre les services de première ligne et les services plus spécialisés. Bien que l'âge des participant·es à cette étude varie entre 11 et 83 ans, les auteurs dénotent que l'âge n'est pas une variable qui influence les résultats présentés. D'autre part, les jeunes ayant des troubles de santé mentale ou des conduites suicidaires sont souvent placé·es sur des listes d'attentes de plusieurs mois avant de recevoir des services en santé mentale (Silbernagel et Davidson, 2017), témoignant d'un problème important d'accès aux services en santé mentale, tant au Canada qu'au Québec.

Il est difficile d'imaginer le même scénario [d'être placé sur une liste d'attente] pour un enfant atteint d'un cancer. Dans de nombreux cas, le suicide est l'équivalent d'un cancer terminal de la maladie mentale; cela entraîne la mort. Nous n'attendons pas que le cancer atteigne le stade 4 pour accéder aux soins de santé et les personnes atteintes de trouble de santé mentale ne devraient pas non plus avoir à attendre d'être suicidaires afin de pouvoir accéder aux services. [traduction libre] (Silbernagel et Davidson, 2017, p. 162)

On remarque donc indéniablement des difficultés d'accès aux services spécialisés en santé

mentale pour des jeunes ayant des conduites suicidaires.

De surcroît, il a été démontré que les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires constituent une population à risque de faire des tentatives de suicide répétées, en plus de présenter une faible adhérence au traitement (Frosch et al., 2011; Lachal et al., 2018). Une revue de la littérature effectuée par Lachal et al. (2018) a effectivement démontré que les jeunes qui sont référés à des suivis psychosociaux à la suite d'une visite aux urgences ont de la difficulté à adhérer au suivi et abandonnent fréquemment. Ces facteurs de vulnérabilité justifient la mise en place de ressources qui assurent l'adhésion des jeunes au plan de traitement afin de leur offrir les soins appropriés pour diminuer leur risque suicidaire (Frosch et al., 2011). Les interventions les plus efficaces afin de favoriser l'alliance et accroître l'observance du suivi thérapeutique offert aux jeunes aux prises avec des conduites suicidaires sont celles qui misent sur la transition après la présentation aux urgences et le début des services de suivi psychosociaux, qui sont mises en place le plus rapidement possible à la fin de l'hospitalisation et qui misent sur l'implication active des parents dès le début de la prise en charge des jeunes (Lachal et al., 2018). Il est donc nécessaire d'assurer la continuité des soins entre les services d'urgence et les services en santé mentale jeunesse à l'externe, afin que les adolescent·es reçoivent les services nécessaires à la leur sortie de l'hôpital, par exemple.

Bref, l'ensemble des études recensées ici témoignent de lacunes importantes dans l'offre de services aux jeunes présentant des conduites suicidaires et l'identification de troubles de santé mentale qui peuvent sous-tendre les conduites suicidaires des jeunes. Les articles mettent en lumière les difficultés d'accès aux services pour les jeunes et semblent suggérer que peu de jeunes reçoivent réellement des services en lien avec le suicide.

2.2. Le suivi dans la communauté et la continuité des services

En plus de dénoter l'importance de l'accessibilité des services en santé mentale généraux et spécialisés pour les personnes adolescentes aux prises avec des conduites suicidaires, plusieurs personnes chercheuses s'intéressent au suivi dans la communauté comme moyen d'accompagner adéquatement les jeunes dans leur rétablissement et de prévenir le suicide.

Tout d'abord, plusieurs auteurs dénotent une intensification du risque suicide des jeunes à la suite d'un congé psychiatrique (Christiansen et Jensen, 2009; Consoli et al., 2015; Finkelstein et al., 2015; Hunt et al., 2009), ce qui signifie que les jeunes qui sont hospitalisé·es en psychiatrie constituent une population à risque de suicide, et ce, même après leur sortie de l'hôpital. En contrepartie, Finkelstein et al. (2015) démontrent que le temps médian du suicide complété chez les adolescent·es est de trois ans après la première tentative. Une étude de cas-contrôle réalisée par Christiansen et Jensen (2009) auprès de jeunes ayant fait une tentative de suicide a démontré une intensification considérable du risque suicidaire dans la semaine qui suit le congé après une hospitalisation psychiatrique, le risque diminuant progressivement par la suite. De tels résultats ont également été dénotés dans une étude réalisée par Consoli et al. (2015) dans laquelle 107 jeunes ayant été hospitalisés pour tentative de suicide ont été suivis pendant 6 mois après leur séjour à l'hôpital. Selon les résultats, de hauts niveaux de désespoir et de dépression sont des facteurs importants pouvant augmenter les chances de rechutes suicidaires chez les jeunes. L'étude montre que, six mois après l'hospitalisation, 40% des jeunes présentaient à nouveau des conduites suicidaires, et 17% avaient commis une autre tentative de suicide. Des résultats similaires ont également été rapportés dans une étude de cas-contrôle réalisée par Hunt et al. (2009) indiquant que 43% des suicides se produisent dans le mois suivant le congé psychiatrique, et 47% des jeunes décèdent avant leur rendez-vous de suivi. De plus, une étude de cohorte de Finkelstein et al. (2015) basée sur la population ontarienne indique que 61% des jeunes qui font une tentative de suicide par empoisonnement obtiennent leur congé des urgences et que seulement 6% sont pris en charge par l'hôpital. Les résultats montrent que les jeunes qui sont admis à l'urgence puis sortis sans être hospitalisés présentent un risque accru de suicide par la suite, mettant ainsi en lumière toute l'importance d'interventions à long terme, même chez les jeunes dont l'examen initial n'était pas suffisamment grave pour justifier une admission. En effet, selon l'étude de Finkelstein et al. (2015), ce risque accru de suicide chez les jeunes qui ne sont pas pris en charge reste significativement plus élevé jusqu'à 10 ans après la première tentative suicidaire.

De tels résultats témoignent de la nécessité de développer un plan de suivi psychiatrique auprès de la population adolescente, et ce, avant même que les jeunes soient libéré·es des urgences (Finkelstein et al., 2015). Considérant que la transition entre les soins psychiatriques à l'interne et le suivi dans la communauté apparaît comme un moment où les jeunes sont à risques élevés de

suicide, le suivi précoce et intensif dans la communauté semble être un moyen efficace pour réduire les risques de récurrences suicidaires (Hunt et al., 2009). En effet, un des enjeux les plus importants à l'issue d'un geste suicidaire est celui de la prévention des récurrences, considérant que les jeunes qui consultent les services d'urgence et d'accueil après une tentative de suicide sont particulièrement à risque de récurrences (Lachal et al., 2018). Le suivi intensif semble donc être un moyen d'assurer la continuité des services entre les soins hospitaliers en psychiatrie et les services dans la communauté, et, par le fait même, réduire la prévalence du suicide des jeunes. En fait, Luxton et al. (2013) soutiennent que des suivis répétés auprès de personnes présentant des conduites suicidaires qui sont hospitalisées ou qui reçoivent leur congé en réponse à une visite aux urgences permettent de réduire les conduites suicidaires. Les auteurs soutiennent que les interventions de suivi dans la communauté après les congés psychiatriques sont efficaces pour prévenir les morts par suicide, les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Les résultats de leurs études suggèrent également que les services au sein de la communauté seraient pertinents afin que les jeunes puissent bénéficier du soutien des personnes qui vivent des situations comparables aux leurs. En effet, les services communautaires en prévention du suicide ou en santé mentale jeunesse misent souvent sur le partage d'expérience entre les jeunes qui ont des conduites suicidaires, ce qui leur permet d'apprendre des expériences de leurs pairs (Jordan, 2012). En s'exposant aux expériences subjectives d'autres personnes présentant des problématiques similaires, les jeunes apprennent qu'ils ne sont pas seuls et seules, ce qui contribue à la normalisation des conduites suicidaires et, par le fait même, à la réduction de leur risque suicidaire (Jordan, 2012). Bref, les données issues de la littérature dénotent une intensification du risque suicidaire des jeunes après leur congé psychiatrique et leur faible prise en charge dans ce moment de vulnérabilité, ce qui justifie d'autant plus les efforts à mettre en place pour optimiser la continuité des services et l'aide qui leur ait offerte lorsque nécessaire.

2.3. La demande d'aide des jeunes en lien avec le suicide

Selon une revue systématique de la littérature effectuée par Gulliver et al. (2010), seulement 18 à 34% des jeunes aux prises avec des symptômes sévères de dépression et d'anxiété recherchent de l'aide professionnelle, ce qui témoigne d'une grande réticence des adolescent·es à aller chercher de l'aide. Il est donc nécessaire de s'attarder aux facteurs influençant la demande d'aide des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, dont les suivants : la personne qui initie la demande, les

barrières à la demande d'aide, l'impact de la stigmatisation ainsi que les motifs des jeunes à aller chercher de l'aide.

2.3.1. Qui initie la demande d'aide des jeunes ?

Hausmann-Stabile et al. (2018) identifient trois groupes d'acteurs et d'actrices qui initient la prise de contact avec les services en lien avec les conduites suicidaires des jeunes, soit les adultes, les pairs et les jeunes. Selon les auteurs, la majorité des demandes d'aide sont effectuées par des adultes, tels que des membres de la famille, des enseignant·es ou des intervenant·es en milieu scolaire, suite à l'identification de comportements inquiétants chez le ou la jeune. Bien que la majorité des jeunes n'initient pas de demande d'aide par eux-mêmes ou elles-mêmes, il a été démontré que les jeunes se fient souvent à une tierce personne afin d'avoir accès à de l'aide en lien avec le suicide, habituellement des ami·es, des membres de la famille ou des enseignant·es (Ellis et al., 2012; Gilmour et al., 2019; Hausmann-Stabile et al., 2018). Une métaethnographie réalisée par Gilmour et al. (2019) montre que les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires ne savent pas où ni comment avoir accès à des services et qu'il est difficile pour les jeunes d'avoir accès à de l'aide directement, sans passer par une tierce personne. Les résultats indiquent que les jeunes trouvent que l'accessibilité aux services est complexe et vivent de la frustration par rapport au fait qu'il est difficile d'obtenir de l'aide sans avoir recours à une autre personne.

Quelques études confirment que les adolescent·es apprécient recevoir de l'information et de l'aide via les réseaux sociaux (Ellis et al., 2012; Jordan et al., 2012; Thoër et al., 2017). En ce sens, une étude de Ellis et al. (2012) montre que la moitié des jeunes qui demandent de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires le font via des sites internet dédiés aux jeunes ou des médias sociaux. Les auteurs affirment que les jeunes, majoritairement les garçons, préfèrent recevoir du soutien et de l'aide via les réseaux sociaux, comparativement aux autres formes de soutien. Une étude réalisée par Thoër et al. (2017) a démontré que ce service d'intervention par textos répond aux besoins des jeunes, considérant que cette méthode de communication est leur favorite pour répondre à leur besoin de soutien ou d'information. Les jeunes de l'étude dénotent également plusieurs bénéfices, dont la facilité d'accès, la préservation de l'anonymat, l'intimité étant donné que les jeunes peuvent texter de n'importe où et le fait que cette méthode de communication permet de rejoindre des jeunes qui ne seraient pas à l'aise de contacter l'organisme par téléphone. Les

interventions par messagerie texte sont donc essentielles afin de rejoindre les jeunes. Toutefois, les intervenant-es utilisant cette méthode de communication avec les jeunes affirment que cela comporte divers défis et qu'il peut être difficile d'intervenir par messagerie texte pour des difficultés plus complexes en lien avec la santé mentale, comme des conduites suicidaires (Thoër et al., 2017). De tels résultats témoignent de la pertinence de miser sur le développement de technologies afin de maximiser l'offre des services adaptés aux besoins des adolescents qui présentent de la détresse psychologique et mieux les rejoindre, ce qui s'inscrit avec la *Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide* présentée plus haut (c.f. section 1.6).

L'internet est également une avenue à privilégier pour la demande d'aide des jeunes en lien avec le suicide (Rassy et al., 2019a). En effet, malgré que l'internet peut représenter un danger pour des jeunes à risque de suicide, il facilite la demande d'aide des jeunes en raison notamment de la préservation de l'anonymat, de l'accessibilité, de la rapidité de réponse ainsi que l'autonomie offerte quant à la recherche d'informations sur leur situation et les services offerts (Rassy et al., 2019a ; Rassy et al., 2019b). Une étude de Rassy et al. (2019b) réalisée auprès d'adolescents et d'adolescentes du Québec a permis de décrire les bienfaits de l'implication des technologies de l'information et des communications dans la recherche d'aide des jeunes en lien avec le suicide. On parle ici de l'ensemble des technologies d'informations, des télécommunications, comme les réseaux sociaux, le multimédia et l'audiovisuel. Les résultats de cette étude ont démontré que la recherche d'aide chez les jeunes est précipitée par ce que les auteurs nomment être une noyade émotionnelle, soit une énorme souffrance psychologique qui pousse les jeunes à vouloir composer virtuellement avec ces émotions. Selon les auteurs, les jeunes utilisent principalement les technologies d'informatique et de communication pour mettre des mots sur leur situation ainsi que sur les possibles moyens de s'en sortir. L'étude de Rassy et al. (2019b) montre également que les jeunes utilisent l'internet pour exprimer et partager leur détresse, soit à des proches, à une personne de confiance ou au grand public sur les réseaux sociaux ou sur des blogs, par exemple. Les résultats démontrent donc que l'utilisation de technologies pour la recherche d'aide des jeunes en lien avec le suicide est efficace en ce qu'elle permet de soulager temporairement leur souffrance et de se développer émotionnellement. Toutefois, selon Rassy et al. (2019b), quelques jeunes peuvent se servir des technologies de communication pour rechercher des moyens de passage à l'acte, percevant la recherche d'aide comme une recherche d'aide au suicide, ce qui peut entraîner une

exacerbation des conduites suicidaires et même précipiter le passage à l'acte, étant donné que leur détresse est entretenue par les informations trouvées sur des sites prosuicide, ce qui est alarmant. Il reste tout de même que la majorité des demandes d'aide des jeunes passe par une tierce personne ou par l'utilisation de réseaux sociaux.

2.3.2. Les barrières à la demande d'aide

Il existe plusieurs facteurs influençant la demande d'aide des adolescent·es en lien avec le suicide. Une étude réalisée par Rassy et al. (2019a) a permis d'identifier diverses caractéristiques personnelles ayant un rôle sur la demande d'aide des jeunes, dont l'âge, le sexe, la culture, ainsi que la présence de trouble de santé mentale. De manière générale, les résultats montrent que les personnes de sexe féminin et les jeunes plus âgé·es seraient plus actifs et actives dans la recherche d'aide, alors que les personnes appartenant à une minorité culturelle auraient plus de difficulté à chercher de l'aide. En contrepartie, il a également été démontré que les personnes adolescentes plus âgées qui ont des troubles de santé mentale ont moins tendance à demander de l'aide que les plus jeunes et que les personnes de sexe masculin ont plus de chances de demander de l'aide en lien avec des conduites d'automutilation, comparativement aux personnes de sexe féminin (Nearchou et al., 2018).

Parmi les obstacles auxquels font face les jeunes en lien avec leur demande d'aide, on retrouve les suivants : la stigmatisation, les inquiétudes concernant la confidentialité et le lien de confiance, la reconnaissance des symptômes de détresse et de troubles de santé mentale, le manque d'accessibilité aux services, ainsi que le besoin flagrant d'autonomie des jeunes (Gulliver et al., 2010 ; Rassy et al., 2019a). Dans la littérature scientifique, plusieurs auteurs et autrices semblent s'entendre pour dire que les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires présentent une réticence générale à demander de l'aide en lien avec leur détresse et leurs conduites suicidaires (Gulliver et al., 2010; Jordan et al., 2012; Wilson et al., 2010). Une étude quantitative transversale effectuée par Wilson et al. (2010) auprès de 590 jeunes a démontré que des niveaux élevés de détresse psychologique et d'idéations suicidaires sont associés à de faibles intentions de demander de l'aide à un ou une médecin généraliste pour des problèmes en lien avec le suicide ou même pour tous autres problèmes physiques. Selon les auteurs, les jeunes qui présentent des idées suicidaires ne souhaitent pas recevoir d'aide, ce qui suggère que les conduites suicidaires et la détresse

psychologique agissent comme barrière à la demande de soins et de services. Wilson et al. (2010) affirment que cet effet serait causé par une tendance générale retrouvée auprès de la population adolescente à rejeter l'aide lorsqu'ils ou elles présentent des idées suicidaires ou de la détresse psychologique. Ils expliquent que les jeunes privilégient plutôt l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes utilisées dans le passé, ce qui est souvent plus simple et facile. L'application de nouvelles stratégies de résolution de problèmes, comme demander de l'aide à des professionnel·les de la santé, peut donc être particulièrement difficile et improbable pour des jeunes en détresse psychologique qui n'ont jamais consulté par eux-mêmes ou elles-mêmes auparavant (Wilson et al., 2010). Par ailleurs, Wilson et al. (2010) dénotent qu'il existe diverses barrières expliquant la réticence des jeunes ayant des conduites suicidaires à demander de l'aide à un professionnel de la santé. Par exemple, les jeunes croient que le fait de parler à un ou une professionnel·le de la santé sera inconfortable et gênant, et pensent que l'adulte ne comprendrait pas leurs sentiments et leurs pensées. En ce sens, le manque de connaissances en lien avec les services offerts en santé mentale agit comme barrière à la demande d'aide des jeunes, ce qui peut se traduire par une croyance selon laquelle les médecins de famille ne constituent pas une source adéquate d'aide en lien avec la santé mentale (Gulliver et al., 2010). De plus, plusieurs jeunes expriment de la difficulté à reconnaître un problème, dû à un manque de compréhension et d'utilisation adéquate de l'information en santé mentale, ce qui les empêche de reconnaître leur besoin de demander de l'aide et nuit ainsi à leur recherche d'aide (Rassy et al., 2019a). Il semble tout de même que la détresse des jeunes fait obstacle à la demande d'aide en lien avec leurs conduites suicidaires.

Par ailleurs, une métaethnographie effectuée par Gilmour et al. (2019) a démontré que les jeunes éprouvent de la difficulté à parler de leurs émotions ou de leurs pensées, ce qui agit comme barrière à leur capacité à avoir accès à des services. Cela peut être expliqué par la peur du jugement, par un manque de confiance envers les services, par de la honte, par l'impression que les problèmes vécus ne sont pas importants ou même par la peur des conséquences qui pourraient se produire si leur détresse était dévoilée. Les jeunes ont également un grand désir d'autonomie qui peut contribuer à freiner leur demande d'aide en lien avec leurs conduites suicidaires. Considérant que l'adolescence est une période du développement caractérisée par la quête d'autonomie, quelques études démontrent que les adolescent·es ont une tendance générale à se fier à eux-mêmes et elles-

mêmes, lors de moments difficiles, plutôt que d'aller chercher de l'aide professionnelle (Gulliver et al., 2010 ; Rassy et al., 2019a).

De surcroît, une étude qualitative effectuée par Jordan et al. (2012) dénote que l'offre et l'organisation des services découragent les jeunes hommes aux prises avec des conduites suicidaires à utiliser les ressources appropriées à leur situation. En fait, les résultats de l'étude montrent que plusieurs jeunes éprouvent des difficultés à demander de l'aide ou à s'engager dans un processus thérapeutique. Parmi les barrières nommées par les jeunes hommes figurent le manque de sensibilisation et d'information, la méconnaissance des services existants, ainsi que l'accès difficile aux services spécialisés en santé mentale étant donné la spécificité des critères d'admissibilité.

Un second obstacle important à la demande d'aide des jeunes est la stigmatisation. Plusieurs études montrent effectivement que la stigmatisation en lien avec la santé mentale et les conduites suicidaires est une barrière importante, même parfois considérée comme l'obstacle le plus grand, à la recherche d'aide ainsi qu'à l'accès aux services en santé mentale pour les jeunes et leurs familles (Gulliver et al., 2010; Jordan et al., 2012; Lachal et al., 2015; Rassy et al., 2019a). La stigmatisation semble particulièrement affecter les jeunes de sexe masculin qui vont moins chercher d'aide en lien avec leur détresse, puisqu'ils ont peur que cela soit perçu comme une faiblesse (Rassy et al., 2019a). La demande d'aide des jeunes en lien avec le suicide dépend également du respect de la confidentialité et du lien de confiance avec la tierce personne, étant donné que les jeunes peuvent avoir peur de subir de la stigmatisation ou de l'humiliation de la part de leurs pairs (Gulliver et al., 2010). En effet, plusieurs études ont montré que la perception de soi et les attitudes des autres sont des facteurs ayant un impact important sur la capacité des jeunes à demander de l'aide en lien avec le suicide (Gulliver et al., 2010; Rassy et al., 2019a; Yap et al., 2013). De plus, une étude réalisée par Yap et al. (2013) a démontré que des jeunes entretiennent l'idée que les troubles de santé mentale relèvent d'une faiblesse, plutôt qu'une véritable maladie, traduisant ainsi leur faible propension à demander de l'aide, et ce, quel que soit leur diagnostic de santé mentale ou leurs antécédents de conduites suicidaires.

Selon les auteurs, cette croyance est généralement associée à l'impression que les services

seront peu utiles ou aidants. La perception de la santé mentale et des conduites suicidaires influence l'intention des jeunes à demander de l'aide, ou non, en lien avec le suicide.

Par ailleurs, Nearchou et al. (2018) ont montré que les jeunes qui perçoivent une plus grande stigmatisation publique ont moins tendance à demander de l'aide pour leur détresse et leurs comportements d'automutilation, comparativement à ceux et celles qui en perçoivent moins. Cette stigmatisation publique est définie comme la perception selon laquelle la société a des attitudes stigmatisantes envers les jeunes ayant des problèmes de santé mentale, par exemple la croyance selon laquelle la majorité des gens croient que les jeunes ayant des difficultés émotionnelles sont dangereux (Nearchou et al., 2018). La stigmatisation personnelle a moins d'impact sur la propension des jeunes à demander de l'aide en lien avec la santé mentale et les comportements d'automutilation, contrairement à la stigmatisation publique (Nearchou et al., 2018). Yap et al. (2013) ont rapporté des résultats similaires, indiquant que la croyance que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent constituer un danger ou être imprévisibles augmente la probabilité que les jeunes recherchent une aide professionnelle et perçoivent cette aide comme bénéfique. On voit donc que la stigmatisation publique a une influence notable sur la demande d'aide des jeunes en lien avec la santé mentale et les conduites suicidaires. Les jeunes semblent avoir conscience de la stigmatisation entourant l'utilisation de services en lien avec des conduites suicidaires, ce qui justifie leur besoin d'avoir accès à des services qui sont discrets, informels et dissociés des services en santé mentale (Jordan et al., 2012).

2.3.3. Les motifs à la demande d'aide

Bien qu'il existe plusieurs obstacles à la demande d'aide, il existe tout de même des facteurs pouvant faciliter ce processus pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, dont la personnalité de la personne aidante, une expérience antérieure positive de recherche d'aide, ainsi que la capacité des jeunes à repérer diverses sources potentielles d'aide (Gulliver et al., 2010; Rassy et al., 2019a). Le fait d'avoir vécu une expérience positive de recherche d'aide dans le passé semble être le facteur facilitant le plus mentionné dans la littérature en ce qui concerne la demande d'aide des jeunes (Gulliver et al., 2010). En ce qui concerne les caractéristiques de la personne aidante, les jeunes ont plus tendance à aller chercher de l'aide auprès de jeunes adultes ayant de l'expérience avec les jeunes et ayant surmonté des difficultés similaires ou auprès de personnes possédant des

caractéristiques similaires aux leurs (Rassy et al., 2019a).

De plus, les jeunes qui bénéficient de soutien social et d'encouragement de la part de leurs proches ont plus de facilité à rechercher de l'aide en lien avec leur détresse, car de tels facteurs facilitants permettent de réduire la stigmatisation associée à la recherche d'aide (Gulliver et al., 2010). Au contraire, les jeunes qui bénéficient de peu de soutien social, familial ou professionnel ont plus de chances de se tourner vers l'internet ou les réseaux sociaux afin de demander de l'aide, ayant peut-être un fardeau pour leurs proches ou par simple manque de confiance envers leur réseau (Rassy et al., 2019b). L'environnement virtuel peut donc venir pallier les lacunes du réseau social des jeunes afin de recevoir de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires (Rassy et al., 2019b).

Tout compte fait, la demande d'aide des jeunes semble, dans la majorité des cas, être initiée par une tierce personne de l'entourage des jeunes et, lorsque les jeunes entreprennent leur demande de manière autonome, cela semble être facilité par le réseau de soutien et les technologies de communication à leur disposition. Bien que les jeunes peuvent vouloir recevoir de l'aide, il existe tout de même plusieurs barrières à leur demande d'aide qui sont relevés dans la littérature, tel que l'autonomie, le manque de connaissance, le degré de souffrance et la stigmatisation. De tels facteurs semble brimer les jeunes de services pouvant les aider en lien avec leurs conduites suicidaires.

2.4. Point de vue de jeunes des services reçus en lien avec le suicide ?

Bien que plusieurs recherches dénotent les lacunes quant à l'accessibilité et à la continuité des services en santé mentale, peu d'articles s'intéressent spécifiquement à l'expérience des adolescents et des adolescentes présentant des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. La section suivante traite donc du regard des jeunes sur les services qui leur sont offerts en lien avec le suicide dans le réseau des services sociaux et de santé. Deux principales thématiques ont émergées de la recension, soit la relation de confiance avec les professionnel·les de la santé, ainsi que le contexte de soins.

2.4.1. La relation de confiance : un fondement de l'expérience positive des jeunes

De manière générale, selon une métaethnographie réalisée par Gilmour et al. (2019), l'expérience des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires en lien avec les services en santé mentale est variable, c'est-à-dire que quelques jeunes en parlent comme étant une expérience positive, alors que d'autres disent qu'il s'agit d'une expérience plus négative. Les études recensées par Gilmour et al. (2019) insisteraient davantage sur les expériences négatives.

En effet, quelques auteurs et autrices s'entendent pour dire que la qualité de la relation avec les professionnel·les est la principale caractéristique d'une expérience positive pour les jeunes (Buston, 2002; Gilmour et al., 2019; Pugnaire Gros et al., 2012). Une étude qualitative menée par Pugnaire Gros et al. (2012) met en lumière les perspectives de neuf jeunes âgé·es de 15 à 18 ans ayant été hospitalisé·es au Québec pour des conduites suicidaires, concernant les interventions infirmières ainsi que l'influence de ces interventions sur leur vécu et leur rétablissement. Les résultats de l'étude montrent que les jeunes hospitalisé·es pour des conduites suicidaires apprécient le contact humain, les interventions informelles, une approche positive, l'implication dans leur rétablissement, l'impression de se faire comprendre, recevoir de l'information, ainsi que développer une relation de confiance avec l'adulte. Les jeunes apprécient également les interventions visant à réduire l'écart entre le milieu hospitalier et leur domicile, comme les sorties à l'extérieur ou la création d'un milieu de soins accueillant. De tels constats mettent en lumière l'importance de miser sur la relation d'aide collaborative et le développement du lien de confiance afin d'optimiser l'expérience des jeunes avec les services en lien avec le suicide.

Une étude similaire a été réalisée par Buston (2002) auprès de 32 adolescent·es ayant un trouble de santé mentale afin d'explorer leur expérience avec les services de santé. Les résultats de l'étude démontrent que la relation de confiance est l'aspect le plus abordé par les jeunes, mettant l'emphase sur des éléments comme l'écoute, la compréhension de la problématique et le sentiment de confiance. Il semble être important pour les jeunes que l'adulte démontre de l'empathie et de la compréhension envers leur réalité. Quelques jeunes ont rapporté ne pas avoir eu l'impression de se faire comprendre par les professionnel·les, ce qui peut constituer une source de frustration et donner l'impression aux jeunes de ne pas avoir reçu l'aide psychologique désirée. L'étude de Buston (2002) met également l'emphase sur l'importance de l'approche des professionnel·les intervenant auprès des jeunes, c'est-à-dire que les jeunes préfèrent une approche plus informelle et humoristique, contrairement à une approche formelle qui peut être perçue comme intimidante et

autoritaire. Dans le même sens, la métaethnographie de Gilmour et al. (2019) montre que les jeunes qui ont accès à des services en santé mentale en lien avec des conduites suicidaires ne se sentent généralement pas écouté·es et rapportent que les professionnel·les de la santé ont une approche hautaine ou imposent leur avis d'expert sur la situation vécue des jeunes au lieu de les écouter, ce qui contribue à leur expérience négative avec les services. Les résultats de cette étude montre que les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires désirent se faire écouter et de faire traiter respectueusement par les professionnel·les de la santé. Des résultats similaires ont été démontré par Hausmann-Stabile et al. (2018) dans une étude qualitative visant à analyser le point de vue de jeunes ayant reçu des services en santé mentale après une tentative de suicide. Les résultats révèlent que plus de la moitié des 68 jeunes de l'étude mentionnent avoir vécu une expérience négative en lien avec les services de santé. Parmi les raisons évoquées par les jeunes pour expliquer leur perception négative, on retrouve notamment l'écart entre les attentes des jeunes et les services reçus, la stigmatisation ressentie, leur faible participation dans l'élaboration de leur plan de rétablissement et l'attitude aliénante des professionnel·les de la santé. On remarque donc que l'approche privilégiée par les professionnel·les de la santé ainsi que le lien de confiance développé avec les jeunes sont des éléments centraux dans leur expérience avec les soins de santé et les services psychosociaux en lien avec le suicide.

2.4.2. Une expérience différente selon le contexte de soins

Plusieurs auteurs semblent s'entendre pour dire que l'expérience des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires avec les services varie en fonction du contexte de soins, plus précisément que les jeunes parlent généralement de manière plus négative des services offerts en centres hospitaliers, comparativement aux autres types de services (Buston, 2002; Hausmann-Stabile et al., 2018; Pugnaire Gros et al., 2012). Hausmann-Stabile et al. (2018) suggèrent que l'expérience négative des jeunes avec les soins est surtout associée aux services reçus lors d'une hospitalisation en psychiatrie, alors qu'une expérience positive est associée aux traitements thérapeutiques dans la communauté ou en clinique externe. Selon les auteurs, cette différence pourrait s'expliquer notamment par la discordance entre les modalités de traitements dispensés et les besoins réels des jeunes. Par exemple, les soins offerts dans les urgences sont plus contraignants et mettent souvent de l'avant des interventions physiques, comme des mesures de contention physique ou chimique, alors que les jeunes qui se retrouvent aux urgences recherchent principalement du soutien

émotionnel lors de la crise suicidaire (Hausmann-Stabile et al., 2018). Toutefois, l'échantillon utilisé dans le cadre de l'étude qualitative de Hausmann-Stabile et al. (2018) était seulement constitué d'adolescentes de sexe féminin qui avaient reçu des services après leur tentative de suicide, ce qui néglige le point de vue des jeunes qui n'ont pas reçu de services et ceux de sexe masculin.

Par ailleurs, plusieurs études dénotent que la dépréciation des services offerts en centres hospitaliers pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires s'explique en partie par la présence de mesures restrictives (Buston, 2002; Gros et al., 2017; Pugnaire Gros et al., 2012). En effet, les règles ont une place importante dans la culture psychiatrique au Québec et représentent une méthode utilisée afin de contrôler leurs comportements (Gros et al., 2017). On parle de règles en lien avec le traitement des jeunes, comme les sorties à l'extérieur de l'unité, le contrôle des effets personnels, les privilèges, les contacts avec les proches, etc. Buston (2002) attribue l'expérience négative des jeunes en centre hospitalier par la présence de facteurs restrictifs dont les routines strictes, l'absence de vie privée, ainsi que le manque d'autonomie et d'indépendance. En contrepartie, c'est lorsque les jeunes rapportent avoir développé de belles relations et avoir eu du plaisir avec leurs pairs lors de leur hospitalisation que leur expérience est plus positive (Buston, 2002). De plus, en lien avec les mesures de contrôle et les procédures normalement utilisées lors d'une hospitalisation, comme de la surveillance accrue ou des restrictions, Pugnaire Gros et al. (2012) ont démontré que les jeunes n'apprécient pas se faire enlever des privilèges lors de moments où des confidences sont faites en lien avec les conduites suicidaires. Selon les auteurs, cela soulève des questionnements sur l'emploi de telles mesures. Des résultats similaires ont été rapportés par une étude qualitative réalisée par Gros et al. (2017) auprès d'une population adolescente hospitalisée en psychiatrie à Montréal afin d'explorer la perception des jeunes face aux règles mises en place dans les centres hospitaliers. Les résultats montrent que la légitimité des règles est un thème central dans la perception des jeunes, c'est-à-dire que, pour les jeunes, les règles qui ont du sens sont celles qui sont jugées comme étant rationnelles et ayant un lien avec le traitement ou les besoins des jeunes. Plusieurs règles sont bien acceptées de la part des jeunes de l'étude, soit les règles qui semblent être en lien avec leur sécurité et leur rétablissement, comme l'interdiction de violence, de consommation de drogues ou l'obligation de se présenter à des activités thérapeutiques. La totalité des jeunes ont rapporté reconnaître l'importance des règles dans la

structure du traitement, mais les résultats dénotent que certaines règles devraient être flexibles et modulées en fonction des besoins des jeunes. Or, les règles de contrôle des interactions sociales au sein de l'hôpital, comme les heures de visite, le temps passé au téléphone ou l'utilisation du cellulaire, ainsi que les règles déterminant si les jeunes peuvent quitter l'unité de soins sont plutôt perçues négativement. Selon les résultats, les jeunes semblent vivre de la frustration à l'égard de ces règles, étant donné que cela ne semble pas faire de sens, ce qui fait en sorte que la règle est perçue comme étant nuisible. Les auteurs dénotent que le fait de contrôler les interactions sociales, les sorties de l'unité ainsi que le droit de participer aux activités de groupe lors d'une hospitalisation peut engendrer de la détresse et un sentiment d'isolement chez les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Les jeunes ont un grand besoin d'autonomie, un désir de se faire comprendre et entendre, ainsi qu'une envie d'implication dans les décisions concernant leur traitement, ce qui signifie que l'application de règles basées simplement sur l'observance au traitement peut avoir des effets négatifs sur les jeunes (Gros et al., 2017).

En ce qui concerne les services de suivi, Gilmour et al. (2019) précisent que, selon le point de vue des jeunes, les services en santé mentale qui sont offerts en lien avec le suicide ne correspondent pas à leurs besoins, ce qui témoigne de la nécessité d'améliorer les services. Toutefois, peu d'études semblent s'attarder directement aux jeunes aux prises avec des conduites suicidaires et à la singularité de leur expérience. Considérant que plusieurs jeunes ayant des conduites suicidaires ont des diagnostics de trouble de santé mentale, les résultats des études effectuées auprès de cette population peuvent tout de même être intéressants. Par exemple, l'étude de Coyne et al. (2015) a démontré que, en lien avec les services offerts en santé mentale, les jeunes veulent avoir plus d'information sur les objectifs des services, être plus impliqués dans les choix par rapport au traitement, des heures de rencontres flexibles, des rencontres familiales et individuelles, bénéficier de soins continus et recevoir du soutien à l'école pour leurs difficultés. Les résultats montrent également que les jeunes ne semblent pas apprécier les changements de professionnel·les dans le cadre d'un suivi, étant donné que cela se fait souvent sans que les jeunes soient avisés d'avance, que cela brime la continuité des services et rend l'établissement d'un lien de confiance plus difficile. De manière générale, les jeunes sont satisfaits et satisfaites des services reçus en lien avec leur santé mentale, mais rapportent vouloir s'impliquer dans les décisions prises en lien avec les services qui leur sont offerts (Coyne et al., 2015).

Tout compte fait, l'expérience des jeunes en lien avec les services semble dépendre principalement de la relation établie avec les professionnel·les de la santé qui les accompagnent, de l'implication des jeunes dans le plan de traitements, ainsi que de la mise en place de mesures restrictives. Cela fait en sorte que l'expérience semble varier en fonction du contexte de soins et en fonction de l'attitude des professionnel·les de la santé.

2.5. Point de vue de professionnel·les de la santé sur l'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le fait d'intervenir auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires peut susciter des émotions négatives pour les professionnel·les de la santé. Une revue systématique de la littérature effectuée par Lachal et al. (2015) précise que les professionnel·les de la santé ont tendance à ressentir de la culpabilité, de l'impuissance et de la colère face à la détresse des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires et ont l'impression de perdre le contrôle des jeunes. L'étude qualitative réalisée en Israël par Levkovich et Vigdor (2021) révèlent des résultats similaires, à savoir que la découverte d'une tentative de suicide d'un ou d'une jeune est choquante, déroutante et difficile pour les intervenant·es scolaires. Des émotions de culpabilité, de frustration et d'insécurité ont été rapportées par les intervenant·es scolaires en lien avec la réponse à une tentative de suicide, les limites de leur travail ainsi que la nature complexe des interventions auprès de la famille à la suite de la tentative de suicide. Par ailleurs, considérant que le sentiment de ne pas se faire comprendre par les autres est très fréquent chez les jeunes, l'écoute empathique des professionnel·les travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires est très importante afin d'optimiser leur rétablissement et la relation thérapeutique (Lachal et al., 2015). En effet, les professionnel·les travaillant auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires doivent s'engager dans la relation de confiance et donner d'eux-mêmes, ce qui peut être difficile pour certains et certaines (Lachal et al., 2015).

De plus, la revue de la littérature effectuée par Lachal et al. (2015) dénote principalement l'ampleur de l'incompréhension des professionnel·les de la santé quant aux conduites suicidaires des jeunes. Les auteurs expliquent que la violence associée aux conduites suicidaires et la peur de la mort peut engendrer un sentiment d'incompréhension chez les professionnel·les et ainsi affecter leur capacité à développer de l'empathie pour les jeunes, étant donné le caractère violent associé à

la détresse. Cela s'explique par le fait que des professionnel·les peuvent avoir de la difficulté à trouver un sens au geste suicidaire, et ont ainsi de la difficulté à s'identifier à la détresse des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires (Lachal et al., 2015). Selon Lachal et al. (2015), les professionnel·les de la santé rapportent des difficultés à comprendre, à écouter et à développer de l'empathie envers les jeunes et plusieurs nomment avoir besoin d'aide en lien avec l'intervention auprès des jeunes, qui se présente souvent comme un désir de recevoir de la formation spécialisée.

En ce sens, quelques études s'attardent au niveau de confiance et de formation des intervenant·es accompagnant des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires et démontrent que cela a une influence notable sur l'intervention auprès des jeunes (Berger et al., 2014; Levkovich et Vigdor, 2021; Schmidt, 2016). Une étude réalisée par Schmidt (2016) auprès de 339 professionnel·les de la santé travaillant auprès de la clientèle jeunesse avait comme objectif d'identifier la relation entre le niveau de confiance et les stratégies d'évaluation du risque suicidaire utilisées. L'échantillon était composé de conseillers et de conseillères pédagogiques, de psychologues scolaires, d'intervenant·es sociales, de thérapeutes, de psychologues, de psychiatres et de personnes d'autres formations. Les résultats de cette étude ont démontré que le niveau de confiance des professionnel·les lors de l'évaluation du risque suicidaire des jeunes est associé au niveau de préparation et de formation en lien avec le suicide, ce qui insinue que la confiance peut affecter la capacité des professionnel·les à bien estimer le risque et à prendre en considération tous les éléments pertinents. Seulement 15% des professionnel·les ayant participé à l'étude ont rapporté se sentir en confiance par rapport à leur niveau de compétences pour évaluer le risque suicidaire des jeunes, alors que plus de la moitié ont rapporté avoir l'impression d'être qualifié·es et préparé·es. Seulement 27% des professionnel·les rencontré·es ont rapporté utiliser un instrument formel d'évaluation du risque suicidaire des jeunes, alors que 64% ont dénoté se basés strictement sur leur jugement professionnel ainsi que sur des interventions non structurées, ce qui est inquiétant selon l'auteur. Les résultats de l'étude de Schmidt (2016) ont dénoté que ceux et celles qui utilisaient des méthodes formelles d'évaluation du risque suicidaire rapportaient de plus hauts niveaux de confiance et de préparation quant à l'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. De manière générale, les professionnel·les de la santé rencontrés ont rapporté des lacunes en matière de compétences et de formation quant à l'identification des signes alarmants et de l'évaluation du risque suicidaire des jeunes, ce qui soulève des inquiétudes quant au manque

de formation offerte aux professionnel·les afin d'assurer une évaluation juste du risque suicidaire. Selon l'auteur, il est crucial que les universités et les institutions scolaires forment de manière plus approfondie les professionnel·les pour les outiller efficacement dans leur accompagnement de cette population vulnérable, considérant le rôle crucial des intervenant·es dans la gestion du risque suicidaire des jeunes. En fait, l'étude de Levkovich et Vigdor (2021) a démontré que les intervenant·es scolaires jouent un rôle important dans la gestion des tentatives de suicide des jeunes, et ce, malgré leur sentiment d'insécurité et le manque de connaissances en lien avec la gestion de telles situations. En effet, l'ensemble des intervenant·es scolaires rencontré·es ont mentionné avoir reçu de la formation en lien avec la gestion des tentatives de suicide des jeunes, mais les connaissances théoriques acquises semblent être peu utiles lors d'une situation de crise étant donné le sentiment de panique qui accompagne de tels moments. Certaines personnes ayant moins d'expérience ont même mentionné ressentir de l'insécurité et un désir d'éviter d'avoir à gérer de telles situations. De tels résultats mettent donc en lumière l'importance de la formation et du soutien pour les personnes travaillant auprès de jeunes dans les écoles (Levkovich et Vigdor, 2021).

De surcroît, une étude de Berger et al. (2014) avait comme objectif d'examiner les connaissances, la confiance et les besoins d'éducation de 501 enseignant·es et intervenant·es scolaires concernant les comportements d'automutilation des jeunes à l'école. Les résultats de l'étude ont démontré que les personnes qui ne possèdent pas d'expérience d'intervention auprès de jeunes ayant des comportements d'automutilation démontrent moins de confiance et d'agilité à gérer adéquatement les mesures à prendre dans de telles situations, en plus d'avoir une attitude plus négative face aux conduites d'automutilation. La majorité des participant·es ont mentionné avoir déjà été en contact avec au moins un étudiant ou une étudiante aux prises avec des comportements d'automutilation. De manière intéressante, moins du tiers des intervenant·es en santé mentale ont reçu de la formation pour aborder les comportements d'automutilation chez les jeunes, et plus de 75% expriment le besoin d'acquérir des compétences dans ce domaine. Les résultats de l'étude de Berger et al. (2014) montrent également que les plus jeunes participant·es ont plus de connaissances et rapportent plus de confiance par rapport aux conduites d'automutilation des jeunes. L'ensemble de ces constats démontrent que l'intégration de politiques de prévention et d'interventions précoces au sein des politiques de santé mentale est nécessaire afin d'améliorer la

confiance et les connaissances essentielles à la détection et à la réponse adéquate aux conduites d'automutilation dans les écoles. Considérant que les comportements d'automutilation sont fréquents auprès des jeunes ayant des conduites suicidaires, cela est d'autant plus important.

On peut donc voir que les professionnel·les de la santé travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires peuvent vivre des émotions négatives, de l'incompréhension et un manque de confiance quant à leurs compétences à faire face à une telle souffrance. De tels résultats mettent en évidence l'importance de la formation et du soutien offerts aux intervenant·es travaillant auprès de cette population vulnérable. Toutefois, cela ne semble pas être totalement négatif. L'article de Rail (2018) raconte l'histoire de ce clinicien québécois en santé mentale jeunesse qui partage son vécu en tant qu'intervenant. L'auteur explique que la question du suicide est, selon lui, l'expérience professionnelle qui lui a permis le plus de cheminer, malgré sa connotation éprouvante et confrontante. Il explique qu'il est difficile d'accompagner constamment des personnes qui souffrent et qui sont en manque d'amour, mais qu'être confronté au suicide dans un contexte d'intervention lui a permis d'apprendre énormément sur lui et d'en ressortir plus solide. Il explique rester toujours touché par les causes de souffrance des jeunes avec qui il travaille, et ce, malgré ses années d'expérience dans le domaine d'intervention auprès de la clientèle jeunesse. L'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires peut donc être enrichissante, et ce, malgré sa nature difficile et éprouvante.

En somme, la recension des écrits effectuée offre des informations pertinentes sur l'utilisation des services par les adolescent·es ayant des conduites suicidaires, notamment en lien avec l'accessibilité et la continuité des soins, les facteurs qui influencent la demande d'aide, l'évaluation des services reçus ainsi que l'expérience professionnelle des intervenant·es accompagnant les jeunes. On peut ainsi noter que les conduites suicidaires des jeunes présentent des spécificités et que peu d'études s'attardent directement au point de vue des adolescents et des adolescentes en regard de leur expérience avec les services psychosociaux et de santé offerts au Québec en lien avec les conduites suicidaires. À la lumière de la présente recension, le prochain chapitre présente la question de recherche qui en est émergée ainsi que les objectifs visés par la présente étude.

CHAPITRE 3 : QUESTION DE RECHERCHE ET PERTINENCE

Cette section définit les objectifs spécifiques du présent projet de recherche ainsi que leur pertinence. La question de recherche est présentée, suivie par la description de la pertinence scientifique, sociale et disciplinaire de l'étude.

3.1. Question de recherche et objectifs spécifiques

À la lumière des informations recensées dans la littérature scientifique, le présent projet de recherche porte sur les conduites suicidaires auprès de la population adolescente du Québec. Plus précisément, le projet de recherche vise à répondre à la question suivante :

Comment est vécue l'expérience de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et qu'en pensent des intervenant·es?

De façon plus spécifique, ce projet de recherche pose les questions suivantes : Quelles sont les caractéristiques du réseau de soutien social, familial et professionnel des jeunes ayant des conduites suicidaires? Comment les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires demandent de l'aide en lien avec le suicide? Quel regard porte des professionnel·les de la santé quant aux services jeunesse offerts en lien avec le suicide? Que pensent les jeunes des services reçus? Comment les services psychosociaux et les soins de santé pour les jeunes ayant des conduites suicidaires pourraient-ils être améliorés? La visée du projet est donc de mieux comprendre l'expérience des jeunes ayant des conduites suicidaires avec les services psychosociaux et de santé ainsi que le point de vue des intervenant·es qui les accompagnent.

Cette visée se traduit par la poursuite des objectifs suivants :

- a. Analyser les caractéristiques du réseau de soutien social, familial et professionnel des adolescent·es ayant des conduites suicidaires ;
- b. Comprendre la façon qu'ont les adolescent·es ayant des conduites suicidaires de demander de l'aide et d'avoir accès à des services ;
- c. Documenter l'appréciation des jeunes ayant des conduites suicidaires et leurs besoins
- d. Enrichir la description de l'expérience des jeunes par le point de vue de professionnel·les de la santé ;

- e. Formuler des recommandations à partir du discours de jeunes et de professionnel·les dans le but d'améliorer les services psychosociaux et les soins de santé.

3.2. La pertinence du projet de recherche

Sur le plan de la pertinence scientifique, ce projet de recherche contribue au développement des connaissances associées à l'expérience des adolescent·es avec les services psychosociaux et les soins de santé du Québec, ainsi qu'aux facteurs contribuant à formuler une demande d'aide en lien avec le suicide. Le projet permet aussi de documenter le point de vue d'intervenant·es sur l'expérience des jeunes ayant des conduites suicidaires et sur les défis de la pratique auprès de cette population. Dans le passé, plusieurs études se sont attardées à la suicidalité des jeunes ou à la prévalence de cette problématique auprès de la population jeunesse. Toutefois, dans la littérature scientifique, on observe un manque de connaissances quant à l'expérience subjective des jeunes ayant des conduites suicidaires par rapport aux services en santé mentale au Québec, des données qui pourraient permettre de mieux arrimer les services aux besoins des adolescent·es. En interrogeant directement les jeunes en lien avec les services reçus, il est possible de développer une compréhension plus juste et représentative de leur expérience. Ces savoirs sont également bonifiés par le point de vue d'intervenants et d'intervenantes travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires. La recherche qualitative permet également de donner une voix à des jeunes placé·es dans une situation de vulnérabilité et dont l'opinion est peu souvent entendue. Effectivement, dans la littérature scientifique, il est reconnu qu'il est nécessaire d'entendre la voix des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale, et ce, surtout dans le contexte du suicide (Gilmour et al., 2019). Ce projet de recherche contribue ainsi à mettre en lumière un aspect peu exploré dans la littérature scientifique jusqu'à maintenant.

Sur le plan de la pertinence sociale, ce projet de recherche s'inscrit dans une problématique sociale importante, soit l'ampleur des conduites suicidaires chez les adolescents et les adolescentes du Québec. En effet, le suicide est inévitablement un problème de santé publique qui a des effets considérables sur les jeunes, leurs proches et la communauté à travers le monde. Considérant que la population adolescente est particulièrement à risque d'adopter des conduites suicidaires, il est nécessaire d'examiner en profondeur les facteurs et les mécanismes qui peuvent réduire la prévalence de cette problématique. Comme indiqué précédemment, il existe des lacunes

importantes en ce qui concerne l'organisation, la continuité et l'offre de soins de santé et de services sociaux offerts aux jeunes ayant des conduites suicidaires. Peu d'études s'intéressent actuellement aux moyens à mettre en place afin d'offrir de meilleurs soins et services à la population adolescente présentant des conduites suicidaires, ce qui peut être une retombée intéressante de la présente étude. En effet, mieux comprendre l'association entre la détresse et l'utilisation des services en santé mentale des jeunes est d'une importance capitale afin d'optimiser l'accessibilité aux soins, l'adhérence et les résultats aux traitements, ainsi que possiblement réduire les présentations dans les urgences des centres hospitaliers (Frosch et al., 2011). L'étude permet également de mettre en lumière les lacunes dans l'offre de services et de proposer des pistes d'intervention orientées sur les besoins réels des jeunes. En améliorant l'organisation des services jeunesse en santé mentale et en prévention du suicide, cela pourrait diminuer les récurrences et l'ampleur des tentatives de suicide chez les jeunes. La réalisation du projet de recherche contribue donc à l'élaboration de piste de réflexion quant aux divers enjeux en lien avec les services jeunesse en lien avec le suicide.

Sur le plan de la pertinence disciplinaire, ce projet de recherche vise à générer des connaissances qui sont assurément pertinentes et essentielles à la pratique du travail social. En recueillant les témoignages de jeunes sur leur vécu des services psychosociaux et de santé, cette étude contribue à une compréhension plus approfondie des besoins spécifiques des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Cette approche centrée sur la personne est fondamentale en travail social pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité des services en fonction des besoins réels des personnes concernées. En enrichissant nos connaissances empiriques, ce projet aspire également à améliorer significativement la qualité des pratiques professionnelles en travail social, en fournissant des données tangibles pour développer des outils d'intervention plus efficaces et une formation continue mieux ajustée. Ainsi, cette recherche s'inscrit dans une démarche de développement continu des connaissances fondamentales pour une pratique du travail social plus informée, réactive et adaptée aux besoins changeants des populations concernées. Finalement, en mettant l'accent sur les réseaux de soutien familial, social et professionnel de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, l'étude explore les interactions et les influences de différents milieux sur la santé mentale des jeunes. Cela s'aligne avec l'approche systémique du travail social, qui considère l'individu dans son environnement social. Le projet de recherche sert donc à développer des savoirs essentiels pour la pratique.

Tout compte fait, la pertinence du présent projet de recherche s'explique non seulement par le manque de données scientifiques sur l'expérience des jeunes avec les services psychosociaux et les soins de santé, mais également par les retombées cliniques et sociales importantes qu'un tel projet apporte. L'étude permet de bonifier les connaissances concernant l'expérience des jeunes en lien avec les services sociaux et de santé quant à leurs conduites suicidaires, d'arrimer les services aux besoins des jeunes, de diminuer les récurrences et les conduites suicidaires des jeunes, ainsi que de donner une voix aux jeunes en situation de vulnérabilité.

CHAPITRE 4 : LE CADRE CONCEPTUEL – LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE DU DÉVELOPPEMENT HUMAIN

Cette section explicite le cadre conceptuel utilisé dans le cadre du projet de recherche, soit le modèle écologique du développement humain. Les fondements du cadre conceptuel seront élaborés, suivi de la pertinence de ce modèle dans le cadre de la présente recherche en lien avec les conduites suicidaires des jeunes.

4.1. Les fondements du cadre conceptuel

Le cadre conceptuel utilisé dans la présente étude est le modèle écologique du développement humain, qui est apparu dans les années 1970 avec les travaux d'Uri Bronfenbrenner. Dans son ouvrage intitulé *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Bronfenbrenner (1979) introduit le modèle écologique comme nouvelle perspective théorique en lien avec la recherche sur le comportement humain. Selon cet auteur, le modèle écologique se fonde sur le postulat selon lequel le comportement humain s'explique par une accommodation mutuelle et constante de la personne avec son environnement immédiat et éloigné. Ce postulat fait référence à la réciprocité des échanges entre la personne et son environnement. Bronfenbrenner (1979) définit le développement humain comme un changement durable dans la manière avec laquelle une personne perçoit ou interagit avec son environnement. Plus précisément, le comportement humain évolue en fonction de l'interaction entre l'individu et son environnement. Cette relation est influencée non seulement par le contexte immédiat dans lequel la personne évolue, mais également par les interrelations avec les divers milieux de vie, l'organisation des services et la société. Le modèle de Bronfenbrenner propose donc de considérer les contextes dans lesquels l'individu évolue et avec lesquels il interagit, comme ayant une influence déterminante sur son développement.

Bronfenbrenner (1979) conceptualise l'environnement écologique comme un arrangement de structures concentriques dont chaque système est contenu dans le prochain. En effet, le modèle écologique décompose l'environnement en plusieurs systèmes d'influence, soit l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème, ainsi que le chronosystème.

L'ontosystème représente l'ensemble des caractéristiques, états, compétences et habiletés innés ou acquis de l'adolescent ou de l'adolescente (Bronfenbrenner, 1979; Carignan, 2017). Le microsystème, quant à lui, réfère aux milieux de vie et aux endroits que le jeune fréquente souvent et où on peut observer un schéma d'activités et de relations (Bronfenbrenner, 1979; Carignan, 2017). La prise en compte des microsystèmes suppose l'analyse de caractéristiques des membres et de leurs relations au sein de chacun des microsystèmes. L'étude du microsystème familial d'un ou d'une jeune, par exemple, peut viser divers aspects tels que l'environnement physique, la structure familiale ainsi que les habiletés parentales (Damant et al., 2001). Les relations entre les divers microsystèmes représentent également un système d'influence, soit le mésosystème (Bronfenbrenner, 1979; Carignan, 2017). Dans le contexte des conduites suicidaires des jeunes, l'influence des mésosystèmes peut se caractériser, par exemple, par l'analyse des relations entre le ou la jeune et sa famille, son école, ses intervenant·es ou ses pairs.

Un autre système d'influence est nommé l'exosystème. Il est constitué des divers endroits ou instances non fréquentés par le ou la jeune, mais dont les décisions, les activités et les politiques ont une influence sur lui ou elle (Bronfenbrenner, 1979; Carignan, 2017). Ce système dépeint un postulat de base du modèle écologique, selon lequel le développement humain est influencé par des événements qui se produisent dans des contextes dans lesquels la personne n'est pas présente (Bronfenbrenner, 1979). Selon la perspective de l'exosystème, l'environnement ne détermine pas le comportement humain, mais a une influence constante sur lui en lui imposant des contraintes et en lui fournissant des opportunités (Damant et al., 2001). Cela suppose que les conduites suicidaires des adolescents et des adolescentes peuvent être influencées par une multitude de facteurs sociaux, tels que les instances administratives, politiques et légales qui régissent la vie sociale.

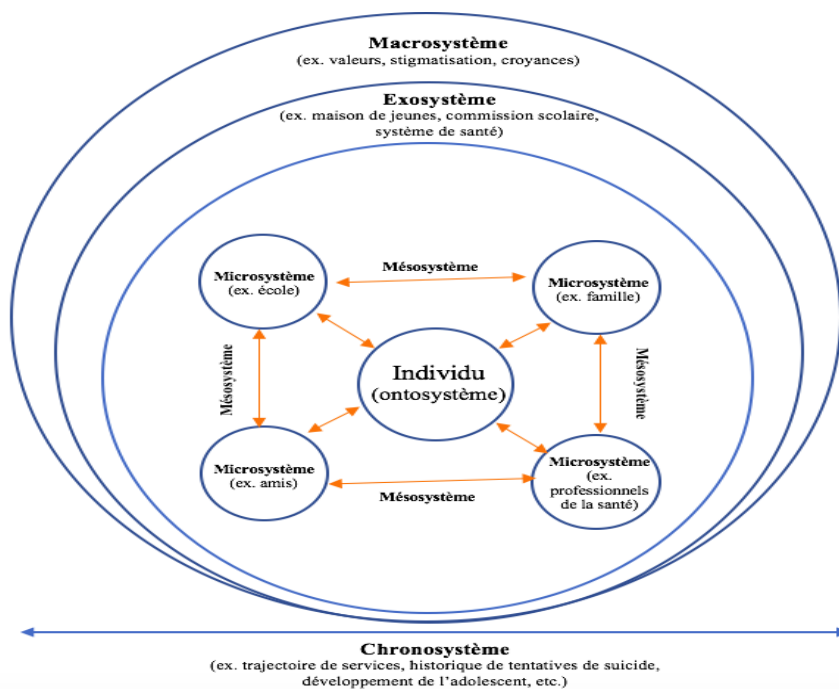
En ce qui concerne le macrosystème, il comprend toutes les valeurs, les coutumes, les croyances et les idéologies reflétées dans la culture et les lois véhiculées au sein d'une société (Carignan, 2017). Dans le contexte du suicide, la stigmatisation dont sont victimes les jeunes ayant des conduites suicidaires est un bon exemple. Finalement, le chronosystème représente l'ensemble des considérations et des transitions temporelles qui définissent le développement d'une personne (Carignan, 2017). Dans le cadre de la présente étude, le chronosystème peut faire référence à l'histoire sociale de la famille, à l'historique de tentatives de suicide des jeunes ou même à la

trajectoire de soins et de services. Bref, le modèle écologique suggère que l'ensemble des systèmes s'influencent mutuellement et interagissent avec la ou la jeune afin de définir son développement.

Comme indiqué précédemment, le suicide est un phénomène complexe influencé par divers facteurs interreliés. En se fondant sur le modèle écologique, il est ainsi possible de comprendre les conduites suicidaires des jeunes. En effet, les conduites suicidaires peuvent découler de l'interaction de plusieurs sphères d'influence, soit les caractéristiques personnelles, les caractéristiques de l'environnement immédiat, comme la famille, les amis et la communauté, ainsi que celles de l'environnement éloigné, comme la culture et la société (OIIQ, 2007), qui correspondent aux divers systèmes d'influence du modèle écologique de Bronfenbrenner. De chacune de ces sphères d'influence émergent donc des facteurs de risque et de protection qui ont une influence sur le risque suicidaire d'une personne à un moment ou l'autre de sa vie, et donc sur l'offre, ou non, de services en lien avec le suicide. La Figure 1 ci-dessous permet de représenter le modèle écologique adapté aux conduites suicidaires des jeunes.

Figure 1.

Les systèmes d'influence des conduites suicidaires des adolescent-es



Note. Adapté de Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. Dans Tarabulsy, G. Provost, M. A. Drapeau, S. et Rochette, É. (Éds). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. (pp 11-31). Les Presses de l'Université du Québec.

4.2. La pertinence du modèle écologique

Selon Bronfenbrenner (1979), le modèle écologique est primordial à l'identification et à l'observation de vastes sphères d'influence du comportement humain. De manière générale, l'examen des divers niveaux d'influence permet d'étudier le comportement humain (Carignan, 2017). Il permet d'examiner et d'étudier la complexité des dynamiques individuelles ainsi que des interactions entre les personnes et leurs environnements (Carignan, 2017). Ce cadre conceptuel contribue donc à l'étude du comportement humain en misant sur l'importance de considérer à la fois l'environnement proximal et distal du jeune ou de la jeune qui présente des conduites suicidaires, ce qui fait du modèle une approche à la fois individuelle, familiale et communautaire (Drapeau, 2008). Le modèle écologique du développement humain est donc un cadre conceptuel qui permet une compréhension profonde et complète des facteurs entourant non seulement les facteurs ayant une incidence sur les conduites suicidaires des jeunes, mais également sur leur expérience avec les services psychosociaux et de santé qui leur sont offerts.

En effet, chaque personne réagit différemment aux exigences de son environnement en fonction de ses ressources, de son niveau de développement et de ses propres caractéristiques, ce qui fait en sorte qu'un environnement peut engendrer plusieurs réactions différentes (Drapeau, 2008). L'adaptation de la personne dépend donc à la fois de ses propres caractéristiques et de celles de l'environnement dans lequel elle évolue (Drapeau, 2008). Le modèle écologique mise donc sur la compréhension élargie d'un phénomène en mettant en lumière les différents éléments de l'environnement l'influençant, ce qui s'arrime avec les intérêts et les objectifs du présent projet de recherche. Le modèle de Bronfenbrenner (1979) suggère que l'étude du comportement et du développement humain s'intéresse à l'environnement tel qu'il est perçu et non à sa réalité objective, ce qui rejoint la visée subjective et expérientielle de la présente étude.

Tout compte fait, le cadre conceptuel du modèle écologique de Bronfenbrenner permet d'appréhender la multiplicité des facteurs d'influence qui agissent sur les conduites suicidaires des jeunes, sur la demande d'aide ainsi que sur l'utilisation des services psychosociaux et de santé. L'inclusion de l'ensemble des environnements proximaux et distaux de chaque personne permet une compréhension profonde et complète des facteurs ayant une incidence sur l'offre de services pour les jeunes ayant des conduites suicidaires. Un tel modèle expose également les dimensions

sociales et communautaires ayant un impact sur les services offerts aux jeunes en lien avec le suicide, ce qui permettra idéalement de mettre en lumière les forces et les lacunes des services jeunesse au Québec. La compréhension des facteurs ayant un impact sur l'expérience des jeunes en lien avec les services psychosociaux et de santé est essentielle afin de comprendre et d'analyser en ce qui peut être amélioré. Bref, le modèle écologique du développement humain est idéal afin de répondre adéquatement aux objectifs du présent projet de recherche.

CHAPITRE 5 : LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette section explicite la méthodologie qui a été privilégiée dans le cadre de la présente recherche. Les éléments suivants sont présentés et élaborés : le devis de recherche, la population et l'échantillon, l'échantillonnage, les stratégies de collecte de données, les stratégies de gestion et d'analyse de données, ainsi que l'éthique de la recherche.

5.1. Devis et approche de recherche

Dans le cadre du présent projet de recherche, un devis qualitatif a été privilégié étant donné le but qui vise à mieux comprendre un phénomène (Fortin et Gagnon, 2016), soit l'expérience des jeunes ayant des conduites suicidaires en lien avec les soins de santé et les services sociaux reçus ainsi que le point de vue d'intervenant·es impliqué·es auprès de jeunes. De façon plus spécifique, une approche descriptive est apparue pertinente étant donné le caractère exploratoire de l'étude. De fait, l'approche descriptive en recherche sociale facilite l'exploration en profondeur des phénomènes sociaux en fournissant des détails riches et détaillés sur les réalités vécues (Fortin et Gagnon, 2016).

Par ailleurs, le devis de recherche qualitatif a également été choisi, étant donné qu'il favorise la considération des adolescent·es ayant eu des conduites suicidaires dans les savoirs scientifiques, et ce, tout en leur redonnant du pouvoir. En ce sens, l'approche de recherche descriptive est également pertinente puisqu'elle offre la possibilité de documenter de manière exhaustive les besoins d'une population cible, soit les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, et potentiellement de fournir une base solide pour le développement et l'adaptation d'interventions sociales efficaces et ciblées (Fortin et Gagnon, 2016).

5.2. Population et échantillon

Le présent projet de recherche cible deux populations, soit des adolescent·es du Québec âgé·es de 13 à 17 ans qui ont eu des conduites suicidaires dans les douze mois précédents le recrutement, ainsi que des professionnel·les de la santé travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires. En imposant une limite de temps, il est possible de recueillir de l'information sur l'expérience récente des jeunes ainsi que sur l'organisation des services actuels. L'échantillon est composé de sept participants et participantes, soit trois jeunes ayant eu des conduites suicidaires

et quatre professionnel·les de la santé travaillant auprès de cette population. En ce qui concerne les jeunes ayant participé à l'étude, deux avaient 14 ans et une avait 15 ans au moment des entretiens. L'échantillon de jeunes est composé de deux personnes s'identifiant comme femme et une personne s'identifiant au genre fluide. Quant aux intervenant·es ayant participé à l'étude, l'échantillon est composé de trois femmes et d'un homme. Trois des intervenant·es travaillaient en centres locaux de services communautaires (CLSC) au moment de l'entretien, une travaillait pour la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et seulement une avait des expériences antérieures en milieu hospitalier. L'échantillon est composé de deux travailleuses sociales, d'une psychologue et d'un interne en psychologie. Nous avons décidé d'inclure dans notre échantillon toute personne accompagnant des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, et non seulement des personnes du domaine de travail social. L'interne en psychologie ayant participé à l'étude avait environ un an d'expérience dans le domaine, comparativement aux autres participantes qui comptaient toutes plus de 10 ans d'expérience en intervention jeunesse. Les données sociodémographiques des participant·es sont présentées ci-dessous.

Tableau 1.

Données sociodémographiques des jeunes ayant participé à l'étude

	Âge	Genre	Membre-s de la fratrie	Type de famille	Niveau académique	Emploi temp partiel	Diagnostic de trouble-s de santé mentale	Prise de médication
<i>Catherine</i>	14	Fille	3 sœurs et 1 frère	Recomposée	Secondaire 1	Oui	TDAH	Oui
<i>Gab</i>	14	Fluide	4 sœurs et 1 frère	Recomposée	Secondaire 3	Oui	TDAH Trouble dissociatif de l'identité	Oui
<i>Sophie</i>	15	Fille	1 frère	Nucléaire	Secondaire 4	Oui	Anxiété	--

Tableau 2.*Données sociodémographiques des intervenant-es ayant participé à l'étude*

	Genre	Profession	Milieu de travail	Années d'expérience en intervention jeunesse
<i>Michèle</i>	Femme	Travailleuse sociale et spécialiste en activités cliniques (SAC)	Direction de la protection de la jeunesse et milieux scolaires	22 ans
<i>Nathalie</i>	Femme	Travailleuse sociale	CLSC – programme Santé mentale jeunesse (SMJ) et adopsychiatrie	14 ans
<i>Victoria</i>	Femme	Psychologue	CLSC – programme Santé mentale jeunesse (SMJ)	16 ans
<i>Mathieu</i>	Homme	Interne en psychologie	CLSC - programme Santé mentale jeunesse (SMJ)	1 an

La petite taille de l'échantillon peut représenter une limite du projet de recherche. Toutefois, étant donné le devis de recherche qualitatif, une plus grande importance est accordée aux propos rapportés par les participant-es et non aux caractéristiques de l'échantillon en tant que tel. Par ailleurs, étant donné que les expériences subjectives sont centrales dans le présent projet de recherche, on a misé sur l'hétérogénéité de l'échantillon sur le plan des caractéristiques personnelles des jeunes comme l'âge, l'identité de genre, ou le milieu familial, ainsi que sur le plan des caractéristiques professionnelles des intervenant-es, telles que le titre professionnel, le nombre d'années d'expérience et le milieu de travail.

5.3. L'échantillonnage

De manière générale, la stratégie d'échantillonnage qui prévaut dans les études qualitatives

est la méthode d'échantillonnage non probabiliste (Fortin et Gagnon, 2016). Dans le cadre du présent projet de recherche, la stratégie privilégiée est une technique d'échantillonnage par choix raisonné; une technique selon laquelle les personnes sont recrutées à partir de critères précis afin de s'assurer que les éléments soient représentatifs du phénomène étudié (Fortin et Gagnon, 2016). En ce sens, divers critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis, pour les jeunes ainsi que pour les professionnel·les de la santé. Parmi les critères d'inclusion, les jeunes devaient être âgé·es entre 13 et 17 ans, avoir présenté des conduites suicidaires au cours de la dernière année, avoir reçu des soins dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois en lien avec ces conduites suicidaires et s'exprimer en français de façon claire et cohérente. Les jeunes devaient également avoir accès à un téléphone ou un ordinateur avec accès à l'internet afin de pouvoir effectuer les entretiens par vidéoconférence. Le fait de présenter un risque suicidaire grave au moment du recrutement a constitué un critère d'exclusion.

Un premier contact téléphonique a été établi avec les jeunes qui ont manifesté un intérêt pour le projet de recherche afin de déterminer s'ils ou elles répondaient ou non aux critères de sélection, ce qui a permis de faire une préparation initiale à l'entrevue individuelle (Desmarais, 2016). Des informations ont été partagées aux participants et participantes potentielles afin de les renseigner sur les objectifs généraux et les thématiques de l'étude. Au moment de cet appel, une brève évaluation du risque suicidaire a également été effectuée. Les jeunes qui présentaient une absence de dangerosité suicidaire ou une dangerosité suicidaire faible ont pu participer au projet de recherche. L'étudiante chercheuse, détenant une formation provinciale sur l'évaluation du risque suicidaire, était en mesure de l'évaluer. Dans l'éventualité d'une dangerosité suicidaire grave, il avait été planifié qu'une référence vers des services de crise serait faite, afin d'assurer la prise en charge et la sécurité des jeunes. En ce qui concerne les critères d'inclusion pour les professionnel·les de la santé, on retrouve le simple fait de travailler auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires, ainsi que la compréhension et la capacité de s'exprimer en français de façon claire et cohérente. Un appel préliminaire a également été effectué auprès de chacun et chacune des professionnel·les de la santé ayant mentionné un intérêt pour le projet, afin de vérifier leur réponse aux critères d'inclusion et de planifier un moment pour l'entrevue.

5.4. Démarches effectuées dans le cadre du processus de recrutement

Le processus de recrutement s'est échelonné sur une période de douze mois soit d'avril 2021 à avril 2022. Cela s'est déroulé en deux vagues étant donné d'importantes embûches et le recours à de multiples stratégies. Le contexte pandémique liée à la COVID-19 a certainement également complexifié ou freiné l'élan de jeunes à participer à un tel projet de recherche. Dès le début du processus de recrutement, en avril 2021, une vingtaine d'établissements de la région de Gatineau (c.f. Annexe A) ont été contactés afin de susciter leur intérêt à collaborer à cette étude. On parle ici d'écoles secondaires publiques et privées, d'organismes communautaires ayant comme public cible les adolescent-es, ainsi que diverses maisons de jeunes. Ces organisations ont été initialement contactés par courriel. À ce moment, le recrutement visait exclusivement les établissements de la région de l'Outaouais, étant donné que cela représentait notre public cible initial. La plupart des établissements contactés ont collaboré en acceptant de diffuser l'affiche de recrutement dans leurs locaux, sur leurs réseaux sociaux ou auprès des intervenants et intervenantes afin que ceux-ci puissent contacter directement des jeunes susceptibles de démontrer un intérêt à participer à l'étude. L'affiche de recrutement (c.f. Annexe B) a également été partagée sur Facebook, sur le compte personnel de l'étudiante chercheuse et de la directrice de recherche, ce qui a ensuite été repartagé près d'une centaine de fois. En lien avec l'utilisation des réseaux sociaux comme outil de recrutement, il est important de noter que cela comporte des risques de stigmatisation et d'identification pour les jeunes. Toutefois, divers moyens ont été utilisés afin de pallier ces risques. Le partage de l'affiche de recrutement sur Facebook a été fait de manière privée, en utilisant des paramètres de confidentialité précis. Cela signifie que la publication a été bloquée, c'est-à-dire que les gens pouvaient voir la publication, mais ne pouvaient pas y inscrire de commentaires ou taguer des personnes sous la publication. Ces paramètres de confidentialité ont permis de réduire le risque d'identification et de stigmatisation des jeunes. Par ailleurs, une mention spéciale a été ajoutée sur l'affiche de recrutement afin de limiter l'identification des jeunes en lien avec le projet de recherche. De surcroît, lors de la première vague de recrutement, une maison de jeunes de la région de l'Outaouais a accepté d'organiser une rencontre avec l'étudiante chercheuse et l'ensemble de ses intervenant-es afin d'optimiser la participation au projet. Par la suite, plusieurs relances ont été faites par courriel, afin de tenter de rejoindre les établissements qui n'avaient pas répondu au courriel initial. D'autres organismes communautaires et divers établissements scolaires ont ensuite été contactés par courriel et par téléphone, afin d'élargir l'échantillon. Cette première

vague de recrutement a permis de rejoindre seulement une participante.

Quelques mois plus tard, une deuxième vague de recrutement a commencé en septembre 2021. Une nouvelle affiche de recrutement plus colorée, imagée et vulgarisée a été réalisée de façon à mieux rejoindre les jeunes (c.f. Annexe B). Une vidéo de recrutement (c.f. Annexe C) a également été conceptualisée par l'étudiante chercheure, à l'aide du logiciel de création de vidéo *PowToon*. C'est à ce moment que nous avons décidé d'élargir la population cible en sollicitant des organismes de la région de l'Outaouais et de la région de Montréal (c.f. Annexe A). Divers organismes des deux régions du Québec ont alors été contactés par courriel et par téléphone : écoles secondaires, maisons de jeunes, organismes communautaires, Centres Jeunesse Emploi (CJE) ainsi que des centres de prévention du suicide (CPS). Plus d'une vingtaine d'organismes ont accepté de collaborer et ont accepté de partager l'affiche de recrutement au sein de leur organisation. Des contacts personnalisés auprès des jeunes ont été faits par plusieurs professionnel·les. Des infolettres présentant le projet de recherche ont même été envoyées par courriel au *Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec* ainsi qu'à l'ensemble des *CJE* de la région de Montréal. L'étudiante chercheure a également organisé deux kiosques dans des écoles secondaires de la région de l'Outaouais afin de faire la promotion du projet de recherche. Ces démarches ont permis de recruter deux autres jeunes.

Étant donné que l'ensemble de ces démarches n'ont pas permis de rejoindre le nombre de participants et participantes escompté initialement ou jugé suffisant dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, nous avons décidé d'élargir notre population à deux autres types d'acteurs, soit des parents de jeunes ayant eu des conduites suicidaires ainsi que des intervenant·es travaillant auprès de ces jeunes. Un nouveau processus de recrutement a donc été lancé afin de rejoindre des parents et des professionnel·les. Cette période de recrutement s'est échelonnée du mois de février 2022 au mois d'avril 2022. Les mêmes méthodes de collecte de données ont été utilisées, en ayant recours à une nouvelle affiche de recrutement (c.f. Annexe B) ciblant cette nouvelle population cible. Malgré qu'aucun parent n'ait été recruté, ces démarches ont permis de recruter quatre intervenant·es travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires, ce qui a mis fin au processus de recrutement.

5.5. Stratégie de collecte de données

Le présent projet de recherche mise sur l'utilisation de trois outils de collecte de données, soit l'entrevue semi-dirigée, l'écocarte, ainsi qu'un formulaire de données sociodémographiques.

5.5.1. L'entretien semi-dirigé

L'entrevue semi-dirigée a été privilégiée auprès des jeunes et des professionnel·les ayant participé au projet de recherche parce qu'elle permet d'ajouter de la profondeur à la compréhension d'un phénomène et soutient la compréhension de la signification d'un phénomène vécu par les participant·es (Fortin et Gagnon, 2016). Les deux grilles d'entrevue élaborées par l'étudiante chercheuse se retrouvent en Annexe D et en Annexe E. Seulement une entrevue a été réalisée en personne, étant donné les mesures de distanciation physique changeantes en lien avec la situation de COVID-19. Cette entrevue en personne a été effectuée dans un local fermé au sein d'une maison de jeunes de la région de l'Outaouais, ce qui représentait un lieu sécuritaire pour la jeune participante. Effectivement, en raison des mesures de distanciation physique recommandées par la Direction de la santé publique en place pendant toute la durée du processus de recrutement, la presque totalité des entretiens ont été réalisés en vidéoconférence. Le logiciel ZOOM a été utilisé. Dans le contexte de confinement, l'étudiante chercheuse s'est assurée que le participant ou la participante choisisse un endroit calme et en retrait de ses proches ou de ses pairs afin de procéder à l'entrevue.

5.5.2. L'écocarte

L'écocarte est un second instrument de collecte de données utilisé dans le cadre de cette recherche, mais uniquement auprès des jeunes. L'écocarte est un diagramme, souvent utilisé dans le cadre de l'approche systémique, qui fournit une représentation visuelle des relations entre la personne et l'ensemble des individus qu'elle côtoie (Mongeau et al., 2013). En plus de situer l'individu dans son contexte social, l'écocarte est un outil qui permet d'illustrer les relations que la personne entretient avec le monde extérieur, en plus de préciser la qualité de ces liens et de fournir de l'information sur la disponibilité du soutien social (Mongeau et al., 2013). À l'instar de Mongeau et al. (2013), nous avons choisi d'inclure la carte institutionnelle dans l'écocarte de façon à rendre compte de l'ensemble du réseau de soutien des jeunes. La carte institutionnelle dépeint un portrait des systèmes impliqués auprès de la personne (Mongeau et al., 2013). L'écocarte a été élaborée en

collaboration avec les jeunes participants à l'étude pendant l'entrevue semi-dirigée. C'est le ou la jeune qui complétait l'écocarte, avec l'aide et l'accompagnement de l'étudiante chercheuse. De manière autonome et individuelle, le ou la jeune décidait donc de l'ensemble des éléments qui constituent l'écocarte et de ce qui y est inscrit. Le rôle de l'étudiante chercheuse était d'accompagner les jeunes et de les guider dans la complétion de l'outil. De manière générale, la personne qui complétait l'écocarte était placée au centre du diagramme et les personnes du réseau étaient situées autour et reliées par des lignes témoignant de la nature et de la force des liens (Drapeau, 2008).

Cet outil a donc été choisi étant donné qu'il facilite l'obtention d'informations pertinentes quant à l'organisation et aux caractéristiques des systèmes qui sont présents dans l'environnement du jeune ou de la jeune, ce qui permet d'identifier les personnes significatives de son entourage qui peuvent influencer ses comportements (Mongeau et al. 2013). La vision écosystémique apportée par cet outil correspond donc aux objectifs du présent projet de recherche ainsi qu'au cadre conceptuel. Les données ainsi recueillies ont également permis de bonifier l'analyse des données en lien avec l'environnement de la personne. Un modèle de l'écocarte telle qu'utilisée dans l'étude se retrouve en annexe (c.f. Annexe F).

5.5.3. Le formulaire de données sociodémographiques

Un formulaire de données sociodémographiques a été utilisé uniquement auprès des jeunes afin de dresser leur profil. Cet outil de collecte de données a été privilégié parce qu'il fournit un portrait des participant-es (Fortin et Gagnon, 2016), ce qui est un atout dans une recherche qualitative descriptive. Administré à la fin de l'entretien, le formulaire comportait diverses questions en lien avec les caractéristiques sociodémographiques des jeunes : l'âge, le genre, la structure familiale, la place du sujet dans la structure familiale, la fratrie, la scolarité, l'emploi, le travail des parents, les diagnostics de troubles de santé physique ou mentale, etc. Le formulaire de données sociodémographiques utilisé dans le projet de recherche est présenté en annexe (c.f. Annexe G).

5.6. Stratégie de gestion de données

Tous les entretiens ont été enregistrés en format vidéo ou audionumérique après avoir préalablement obtenu l'autorisation des participants et participantes. Les entrevues ont ensuite été

retranscrites dans le logiciel Word de façon à en analyser le contenu. La transcription des entrevues a été effectuée par l'étudiante chercheuse. Au moment de la retranscription, le nom de chaque participant et participante de même que tous les noms évoqués lors de l'entrevue (ami-es, parents, médecins, hôpital fréquenté, etc.) ont été remplacés par des noms fictifs afin d'assurer l'anonymat et préserver la confidentialité de tous et toutes. Tous les documents et les outils de collectes de données ont été conservés sur l'ordinateur portable de l'étudiante chercheuse et sur une clé USB qui est protégée par un mot de passe de façon à en préserver la confidentialité. L'étudiante chercheuse est la seule personne qui a accès au mot de passe. Tous les documents en format papier sont conservés dans un classeur barré à clé au domicile de l'étudiante chercheuse, qui est la seule à y avoir accès. Il est toutefois important de mentionner que la directrice du mémoire, Josée Chénard, a eu accès à quelques verbatims d'entrevue, afin d'assurer son rôle de supervision auprès de l'étudiante chercheuse.

5.7. Stratégie d'analyse de données

Afin de faciliter l'analyse des données recueillies à l'aide des nombreux outils utilisés, un journal de bord a été tenu par l'étudiante chercheuse pendant tout le processus de recherche. Un modèle du journal de bord utilisé est présenté en Annexe H. Cet outil a permis à l'étudiante chercheuse de résumer les entretiens, noter ses réactions et ses réflexions puis colliger des pistes d'analyse (Laperrière, 1997; Mucchielli, 1996).

Dans le cadre du projet de recherche, la stratégie d'analyse de contenu thématique a été privilégiée. Il s'agit de la stratégie d'analyse habituellement utilisée dans le cadre de recherches qualitatives et qui s'applique bien à une première expérience de recherche (Fortin et Gagnon, 2016; Paillé et Mucchielli, 2008). De manière générale, cette stratégie d'analyse permet d'identifier, d'organiser et d'analyser l'ensemble des données recueillies en identifiant des thèmes spécifiques, ce qui permet de dégager le sens des données et d'en capturer l'essentiel en lien avec la question de recherche (Fortin et Gagnon, 2016). L'analyse thématique fait référence à divers procédés de réduction de données visant à résumer et à traiter le corpus de données en fonction de divers thèmes qui sont définis par une série de mots ou de courtes expressions représentant l'essence des propos rapportés dans les entrevues (Paillé et Mucchielli, 2008). L'analyse thématique s'effectue par le repérage, le regroupement et l'investigation des données de manière discursive, soit par

raisonnements successifs basés sur la déduction et la logique (Paillé et Mucchielli, 2008). Plus précisément, l'étudiante chercheuse a commencé par colliger les données sociodémographiques des participants et participantes et par faire ensuite plusieurs lectures des verbatims afin de s'imprégner des propos des personnes rencontrées et ensuite diviser les textes en divers thèmes pertinents (Desmarais, 2016). Des notes et des ébauches d'idées d'analyse ont également été notées par l'étudiante chercheuse dans son journal de bord, lors de la relecture des verbatims. Par la suite, chaque verbatim d'entrevue a été codifié en fonction des différentes thématiques qui en sont ressorties. Les thèmes ont été choisis afin de bien représenter les données recueillies ainsi que la problématique visée par le projet de recherche en question (Paillé et Mucchielli, 2008), soit l'expérience des jeunes avec les services psychosociaux et de santé reçus en lien avec des conduites suicidaires. Les liens entre les diverses thématiques permettent d'identifier les grandes tendances du phénomène étudié (Paillé et Mucchielli, 2008). Des catégories thématiques ont ensuite été créées en fonction des thèmes mentionnés par les sujets afin de regrouper les divers extraits des verbatims, ce qui a permis une reconstruction descriptive des propos rapportés en fonction des catégories thématiques (Desmarais, 2016). Les thématiques similaires ont donc été regroupées sous des thèmes plus englobants afin d'épurer la grille de codification (c.f. Annexe I). La thématisation est donc l'opération centrale de la stratégie d'analyse préconisée dans la présente étude. Le support matériel utilisé pour l'analyse thématique dans le présent projet de recherche est principalement le logiciel QDA Minor. Ce logiciel mixte d'analyse de méthodes et de données qualitatives a facilité l'analyse des données, en plus d'être efficace, gratuit et facile d'utilisation. Les données issues des entrevues ont été croisées avec les données sociodémographiques recueillies par le biais du formulaire ainsi que les données de la littérature scientifique.

Par ailleurs, une triangulation des points de vue des jeunes et des intervenant-es a été effectuée dans le but d'appréhender les différences et les convergences entre les expériences et les interprétations de chaque groupe (Fortin et Gagnon, 2016). Pour ce faire, une analyse du point de vue des jeunes puis celui des intervenant-es a été faite en premier lieu, pour ensuite faire une analyse plus transversale des thèmes communs pour mettre en évidence les convergences et les différences d'expériences des jeunes et des intervenant-es de notre échantillon. Cette technique d'analyse permet ainsi une compréhension plus approfondie du phénomène à l'étude en intégrant les différentes perspectives des participant es.

5.8. L'éthique de la recherche

Cette étude portant sur les conduites suicidaires des jeunes a été soumise pour évaluation au comité d'éthique de la recherche de l'UQO (c.f. Annexe J), afin d'assurer le respect des normes éthiques. Le processus de recherche est donc guidé par les principes directeurs de l'éthique de la recherche avec des êtres humains, soit le respect de la personne, la préoccupation pour leur bien-être ainsi que la notion de justice aux participants et participantes (Conseil de recherches en sciences humaines [CRSH], Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG] et Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2018). Afin d'assurer le respect de l'intégrité et du bien-être des jeunes et des professionnel·les participant au projet de recherche, différentes considérations éthiques ont été mises en place, notamment en ce qui concerne le consentement, la confidentialité et l'anonymat, ainsi que le soutien psychosocial des jeunes en situation de vulnérabilité.

5.8.1. Le consentement

Il est obligatoire de solliciter le consentement libre, éclairé et continu des participants et participantes (Lépine et al., 2016). Pour ce faire, il est nécessaire d'élaborer une stratégie de recrutement qui assure que la personne dispose d'une information claire sur le déroulement de la démarche de recherche et qu'elle soit en accord avec la démarche proposée et avec la possibilité de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre un terme à sa participation (Burrick, 2010). Les participants et participantes sont avisé·es de leur droit de se retirer à tout moment, afin de respecter leur autonomie et leur liberté (Lépine et al., 2016). Il est également important que les personnes visées par le recrutement ne ressentent aucune pression en lien avec leur participation au projet de recherche (Lépine et al., 2016). Afin d'assurer un consentement libre, éclairé et continu des participants et participantes, un formulaire de consentement leur a été remis. Le formulaire comporte l'ensemble des éléments essentiels afin d'obtenir le consentement des individus tels que les objectifs de la recherche, les implications de la participation, les avantages et les risques possibles, ainsi que la possibilité de mettre fin à la participation sans justification ou pénalité (Lépine et al., 2016). Nous nous sommes également assurés que le vocabulaire utilisé soit simple et accessible afin de faciliter la compréhension des informations par tous les participants et participantes et, par le fait même, réduire le déséquilibre entre les savoirs de l'étudiante chercheuse

et les sujets (Lépine et al., 2016). Un formulaire de consentement différent a été utilisé pour les jeunes et pour les professionnel·les ayant participé au projet de recherche. Les deux formulaires de consentement qui ont été utilisés pour les jeunes et pour les professionnel·les de la santé sont disponibles pour consultation en annexe (c.f. Annexe K et L). En ce qui concerne le consentement pour les jeunes de moins de 14 ans, un formulaire de consentement à l'intention des parents ou des titulaires de l'autorité parentale ainsi qu'un formulaire d'assentiment ont été élaborés. Toutefois, aucun de ces formulaires n'a été utilisé dans le cadre du projet, car la totalité des personnes ayant participé au projet de recherche étaient âgées de plus de 14 ans.

Le consentement des participants et participantes a été obtenu de manière écrite. Les formulaires de consentement à l'intention des professionnel·les et des jeunes ont été transmis sous format numérique, par courriel. Ceux-ci ont été envoyés par courriel préalablement aux entrevues, afin de permettre aux participants et participantes de faire une lecture du formulaire de consentement, si désiré. Les formulaires de consentement ont ensuite été relus au début des entretiens, afin de répondre aux questions des participants et participantes. Les formulaires ont été lus et signés électroniquement par les personnes concernées et retournés à l'étudiante chercheure par la suite.

5.8.2. La confidentialité et l'anonymat

Il est tout aussi important d'assurer l'anonymat des participants et participantes et la confidentialité de leurs propos, et ce, autant pour l'enregistrement des entretiens, les verbatims, l'analyse des données et la présentation des résultats. Il est nécessaire d'assurer aux sujets que les informations fournies sont traitées de manière confidentielle et anonyme (Lépine et al., 2016). Par ailleurs, dans le contexte de confinement causé par la pandémie du COVID-19 lors du recrutement, la presque totalité des entrevues ont été réalisées en mode virtuel. À cet effet, l'étudiante chercheure s'est assurée que le ou la participante choisisse un endroit calme et en retrait de ses proches ou de ses pairs afin de procéder à l'entrevue. L'étudiante chercheure s'est également assurée d'expliquer aux participants et participantes que les données recueillies ne sont utilisées qu'à des fins de recherche et de formation (Lépine et al., 2016). De plus, l'ensemble des participants et participantes qui en ont exprimé le désir lors de l'entrevue recevront une fiche résumant les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude. Toutes les informations en lien avec la confidentialité et la

gestion des données recueillies ont été expliquées aux participants et participantes au début des entrevues et est inscrit dans les formulaires de consentement.

Les limites de la confidentialité ont également été expliquées aux jeunes ayant participé à l'étude dans l'éventualité où l'étudiante chercheuse craindrait pour leur sécurité, leur bien-être ou leur intégrité. S'il advenait qu'un participant ou qu'une participante partage une information mettant en doute sa sécurité, il était envisagé de proposer d'initier la conversation avec ses parents avec l'aide de l'étudiante chercheuse. En cas de dévoilement d'une situation de compromission, un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) était envisagé, tel que le prévoit la loi. L'ensemble des jeunes a été informé de telles obligations légales en lien avec leur sécurité et leur intégrité.

Les participants et participantes savent aussi que les fichiers seront détruits cinq ans après la fin du projet en utilisant un logiciel de destruction de données et les documents sous format papier (notes, journal de bord, formulaires, grilles d'entrevues, etc.) seront envoyés à une entreprise spécialisée dans la destruction de données.

5.8.3. Le soutien psychosocial des jeunes participants et participantes

Considérant que le présent projet de recherche concerne une population vulnérable, soit des adolescent-es ayant eu des conduites suicidaires, il était nécessaire de mettre en place des mesures afin de leur fournir du soutien psychosocial en cas de besoin. Effectivement, il s'avérait important de considérer que les jeunes ayant participé au projet de recherche ont partagé des moments douloureux de leur vie personnelle, ce qui pouvait raviver des émotions difficiles. Les risques associés à la participation étaient donc plus que minimaux. Considérant que les entrevues portaient sur un sujet sensible et délicat, elles induisaient certains risques psychologiques et émotionnels. L'étudiante chercheuse s'est engagée, le cas échéant, à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Il était nécessaire de s'assurer d'offrir du soutien psychosocial et professionnel aux participants et participantes après l'entrevue, en cas de besoin. Pour ce faire, une liste des ressources contenant des informations sur les services disponibles a été remise à tous les jeunes ayant participé au projet de recherche. Il est possible de prendre connaissance de cette liste présentée à la fin du formulaire de consentement à l'intention des jeunes (c.f. Annexe K).

Par ailleurs, l'étudiante chercheuse a été sensible à toute manifestation d'inconfort ou de verbalisations suicidaires, et ce, tout au long des entrevues. Si l'étudiante chercheuse considérait que le participant ou la participante présentait une grande fragilité psychologique et que son bien-être était menacé, elle s'engageait à mettre fin à l'entrevue. Une évaluation du risque suicidaire pouvait être faite par l'étudiante chercheuse, en se basant sur la grille de gestion du risque suicidaire, pour laquelle elle a reçu la formation provinciale. En présence de dangerosité suicidaire, un filet de sécurité pouvait être mis en place, par exemple en impliquant des proches afin d'assurer la sécurité du jeune ou de la jeune ou même en recourant aux services d'urgence, mais cela n'a pas été nécessaire.

Une relance téléphonique a également été effectuée auprès de l'ensemble des jeunes ayant participé à l'étude. Cette relance qui a été effectuée dans les 48h suivant l'entrevue dans le but d'évaluer l'état du jeune ou de la jeune ainsi que la présence ou l'absence de risque suicidaire. Lors de l'appel, une évaluation du risque suicidaire a été faite par l'étudiante chercheuse qui pouvait mettre en place un filet de sécurité avec les proches ou avec d'autres ressources afin d'assurer la sécurité du jeune ou de la jeune au besoin. Cette mesure a permis de s'assurer de la sécurité de l'ensemble des jeunes ayant participé à l'étude ainsi que de la mise en place des actions préalablement déterminées lors de la l'établissement du filet de sécurité, s'il y a lieu. Les jeunes ont décidé du moment de la relance et l'étudiante chercheuse les a avisé que, en cas d'absence de réponse, elle devait contacter une personne de leur entourage afin d'assurer leur sécurité. Les coordonnées de cette personne à contacter en cas d'urgence ont été prises à l'avance.

En somme, la présente étude est de nature qualitative et vise à mieux comprendre le regard des jeunes ayant eu des conduites suicidaires sur les services qui leur sont offerts. Les résultats sont ensuite complétés par le point de vue d'intervenant·es accompagnant les jeunes sur les services qui leur sont offerts mais également sur leur propre expérience professionnelle. L'étude respecte les fondements éthiques de la recherche et de nombreuses mesures ont été mises en place afin d'assurer la confidentialité, l'anonymat, ainsi que le respect de l'intégrité et du bien-être de l'ensemble des participants et participantes qui ont raconté leur histoire en toute vulnérabilité. Les résultats obtenus à l'aide des diverses méthodes de collectes de données ont été analysés en fonction des principales

thématiques ayant émergés du discours des participants et participantes. Dans le prochain chapitre sont donc présentés les résultats qui sont directement liés aux lignes directrices de cette méthodologie.

CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans la section qui suit, les résultats obtenus à la suite d'entrevues menées auprès de trois jeunes ayant eu des conduites suicidaires et de quatre intervenant·es travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires sont présentés. L'analyse permet de poser un regard écosystémique sur les conduites suicidaires d'adolescent·es en faisant ressortir la pluralité des facteurs susceptibles d'influencer les conduites suicidaires des jeunes rencontré·es et de teinter leur expérience avec les services psychosociaux et de santé. Parmi ces facteurs d'influence, on retrouve les caractéristiques des jeunes, les différents réseaux de soutien, les relations entre les différents systèmes, l'influence des structures, ainsi que l'influence de la société.

6.1. L'influence des caractéristiques personnelles des jeunes

L'analyse a permis de faire émerger quelques caractéristiques personnelles rencontrées chez les jeunes ayant participé à l'étude qui ont une influence sur leurs conduites suicidaires, leur capacité à demander de l'aide, ainsi que leur expérience avec les services psychosociaux et de santé. Les entretiens effectués auprès des participant·es ont permis de mettre en lumière une profonde solitude chez les jeunes ainsi qu'un sentiment de peur important qui freine leur élan à demander de l'aide.

6.1.1. La profonde solitude des jeunes face à leur détresse

L'ensemble des jeunes ayant participé à l'étude expriment un profond sentiment de solitude et d'isolement qui semble contribuer à leur détresse. Les intervenant·es de notre échantillon remarquent également, dans leur pratique, que les jeunes qui présentent des conduites suicidaires sont généralement isolé·es. Les jeunes de notre échantillon semblent effectivement être souvent laissé·es à eux-mêmes et elles-mêmes, avec peu de soutien. La grande solitude des jeunes de notre échantillon semble se manifester par une croyance profonde selon laquelle il n'y a pas d'autre option que de devoir gérer leur détresse sans l'aide de personne. Voici un passage d'une jeune qui parle du fait qu'elle a toujours été seule pour faire face à ses idées suicidaires, et ce, jusqu'à ce qu'elle réalise qu'elle n'y parvenait pas.

Je n'ai jamais vraiment demandé d'aide pour mes idées suicidaires... Ç'a toujours été plus : "OK, je vais m'aider moi-même!". [...] J'ai toujours compté sur moi-même pour aller mieux, parce que pour moi, quelqu'un d'autre ne pouvait pas me rendre heureuse.

Il fallait que je me rende heureuse moi-même. Je ne comptais pas sur personne pour faire ça. Mais là [après trois tentatives de suicide], je compte sur du monde, parce que je sais que je n'ai pas été capable de m'aider moi-même. (Gab, 14 ans)

Ces résultats sont percutants et témoignent bien de la solitude vécue par les jeunes face à leurs conduites suicidaires. Les jeunes rencontrés dans le cadre de cette étude se sentent seuls et semblent avoir intégré la croyance selon laquelle il n'y a pas d'autre option que de faire face à leurs conduites suicidaires sans l'aide de personne, ce qui agit comme barrière à leur capacité à demander de l'aide et à en recevoir. Dans l'extrait précédent, on peut également observer que le fait de devoir aller chercher de l'aide peut être perçu comme un échec d'avoir réussi à faire face aux conduites suicidaires de manière autonome. Le sentiment de solitude des jeunes de notre échantillon est explicité davantage par des facteurs relationnels qui seront détaillés plus tard (c.f. section 6.2).

Par ailleurs, la profonde solitude vécue par les jeunes interviewés en lien avec leur détresse semble être amplifiée par la peur – une peur qui apparaît comme une des principales raisons freinant leur désir et leur capacité à demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires. Les jeunes participant-es expriment avoir peur de la réaction de leurs proches et craignent de revivre une expérience négative avec les services de santé.

6.1.1.1. La crainte de la réaction des proches

Les jeunes ayant participé à l'étude démontrent de la réticence à demander de l'aide professionnelle en lien avec leurs conduites suicidaires ayant peur de la réaction de leurs proches. En effet, deux des trois jeunes de notre échantillon semblent avoir vécu des expériences de vie difficiles qui les amènent à se méfier des adultes, à ne pas leur faire confiance et même parfois à en avoir peur. Cette crainte se manifeste donc par la peur du jugement ou d'une réaction négative de la part de proches ou de membres de la famille. Quelques jeunes évitent de parler de leur mal être avec leurs proches, craignant leurs réactions. Il est également important de noter que deux des trois jeunes de notre échantillon ont vécu de la maltraitance au sein de leur famille et ont bénéficié d'un suivi avec la protection de la jeunesse. Par exemple, Catherine préfère ne pas demander d'aide en lien avec sa souffrance, car elle craint la violence des propos dénigrants de son père.

Quand j'étais plus jeune mon père disait que j'étais *fuckée* et ci, et ça... et que j'allais

me ramasser à [l'hôpital psychiatrique] parce que je suis une si et une ça. Donc, c'est pour ça que, moi, tout ça est revenu dans ma tête, ce qui a fait en sorte que... je ne pouvais pas me ramasser là et que mon père ait raison... C'est ça qui a fait en sorte que j'ai réagi de même [fuguer de l'urgence]. (Catherine, 14 ans)

Les jeunes semblent avoir peur des conséquences qui pourraient se produire si leur détresse était dévoilée. On parle ici principalement de punitions comme le dénigrement de la part des parents ou même de l'abus physique ou psychologique. Deux des trois jeunes rencontrés craignent d'être victimes d'abus physiques ou psychologiques dans l'éventualité où leur détresse ou leurs conduites suicidaires seraient partagées avec les proches. L'histoire de Gab est particulièrement éloquent. Gab dit avoir peur de parler de sa détresse, de ses conduites suicidaires et de son automutilation par crainte de subir encore de la violence physique ou psychologique d'un membre de sa famille qui était abusif depuis longtemps. Gab explique avoir été témoin de violence physique faite envers son frère, lorsque celui-ci faisait des « niaiseries », ce qui lui causait des crises de panique. Voici un extrait qui explicite sa peur de la punition :

Je criais trop fort, je pleurais trop fort, les voisins auraient pu entendre... il [beau-père] me prenait par les bras, le plus fort qu'il pouvait. Quand j'essayais de m'enlever, mes bras glissaient, mes bras étaient mauves à un point, tellement il me serrait fort pour me dire de me la fermer. Mais si je disais quelque chose [en lien avec les idées suicidaires], est-ce que ça aurait pu être pire? Ça l'aurait pu être moi qui aie, les punitions et toute... Je me suis dit que j'allais juste pas parler. [...] Il a toujours dit à ma sœur que je le méritais, que je le cherchais.[...] Quand j'allais parler de ce qui se passait [conduites suicidaires], j'avais peur que ce soit pire après. J'avais peur que les punitions soient pires que la dernière fois. [...] Quand tu cries, tu te fais punir. (Gab, 14 ans)

Cet extrait permet de croire que le fait de vivre ou de parler de conduites suicidaires peut être négatif au point d'être puni. Cela est parlant quant aux expériences passées des jeunes auprès de leurs proches qui, au lieu d'entendre leurs difficultés, les punissent. C'est heurtant de penser qu'une personne proche peut être violente devant la vulnérabilité d'un ou d'une jeune qui admet sa souffrance. Il reste tout de même que cette peur de la punition ou de l'abus agit comme barrière importante à la capacité des jeunes à demander de l'aide en lien avec leur détresse. Cela ajoute à leur vulnérabilité et contribue à leur solitude.

Pour d'autres jeunes, le refus de demander de l'aide semble plutôt lié à la crainte d'inquiéter leurs proches, de leur infliger de la peine ou même de les décevoir ou de les inquiéter. Plusieurs

jeunes de notre échantillon ont effectivement rapporté ne pas vouloir partager leur détresse, ayant peur de décevoir ou de devenir un fardeau pour leurs proches. Voici un extrait d'une jeune qui témoigne bien de cette thématique rapportée par les participant·es:

C'est sûr que mes parents, ils m'auraient écouté, mais j'avais tellement peur de les décevoir. Ça allait tellement bien à l'école, je faisais tout mon possible et je ne voulais pas que ça [conduites suicidaires] débarque et que ce soit juste un fardeau pour ma famille. (Sophie, 15 ans)

On peut voir que la peur d'inquiéter les proches ou de les décevoir peut être plus grande que le désir des jeunes d'exprimer leur détresse, et ce, malgré la certitude que les membres de l'entourage pourraient les écouter et leur venir en aide. Dans le présent cas, la jeune vivait également de l'anxiété de performance en lien avec ses résultats académiques, ce qui nourrissait d'autant plus sa peur de décevoir ses parents. Bref, cette peur de la réaction des proches vient en quelque sorte nourrir la solitude des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

6.1.1.2. La peur de revivre une expérience négative avec les services

Il semble que l'expérience des jeunes avec les services peut teinter leur désir de solliciter ou non de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires. Pour les deux jeunes de l'échantillon ayant vécu plus d'un épisode de services en santé mentale, la peur de revivre une expérience négative avec les services de santé freine leur élan à demander à nouveau de l'aide. Par exemple, Sophie, rapporte avoir vécu une expérience négative avec le service téléphonique 811-Info Social, n'ayant pas été capable de parler avec une personne pouvant lui offrir de l'aide au moment où elle en avait le plus besoin. Celle-ci dénote qu'elle a tellement vécu une mauvaise expérience avec ce service qu'elle ne les rappellera jamais et qu'elle dit même à ses ami·es d'utiliser un autre service. Pour sa part, Catherine s'est vue hospitalisée la première fois lorsqu'elle a demandé de l'aide en lien avec des conduites suicidaires – une expérience qu'elle décrit comme étant négative. Elle affirme même que sa peur d'être hospitalisée à nouveau est la seule chose qui l'empêche de demander de l'aide ou de parler de ses conduites suicidaires:

J'ai eu de la misère à aller chercher de l'aide après [l'hospitalisation], parce que j'avais toujours peur que, si je disais quelque chose, j'allais rentrer à l'[hôpital psychiatrique]. [silence] Mes idées suicidaires, je les ai toujours vécues moi-même. J'ai juste tellement peur d'aller encore à l'urgence ou à l'[hôpital psychiatrique]! [réfléchie] On dirait que, maintenant, c'est juste ça que les gens sont capables de faire, d'envoyer le monde là-

bas. (Catherine, 14 ans)

En plus de témoigner de la grande insatisfaction envers les services, ces constats sont très parlants quant à l'importance de l'expérience des jeunes en lien avec les services reçus sur leur capacité à demander de l'aide dans le futur. Cette peur de revivre une expérience négative avec les services semble amplifier la solitude des jeunes et nuire à leur confiance envers les services.

De manière intéressante, les intervenant·es rencontré·es ne semblent pas considérer cette peur comme ayant un lien avec la capacité des jeunes à demander de l'aide. Cela soulève des questionnements quant au regard que portent les intervenant·es de notre échantillon en lien avec les besoins des jeunes et leur expérience avec les services psychosociaux et de santé.

6.1.2. Les besoins des jeunes

Les entrevues effectuées dans le cadre de cette recherche ont mis en lumière divers besoins exprimés par les adolescent·es de notre échantillon en regard des services psychosociaux et de santé offerts en lien avec le suicide. Il semble toutefois difficile pour quelques jeunes de nommer explicitement leurs besoins. Néanmoins, l'analyse a permis de faire émerger quatre principaux besoins.

6.1.2.1. Le besoin d'une oreille attentive

Le besoin d'une oreille attentive est le seul besoin mentionné par l'ensemble des jeunes ayant participé à l'étude, ce qui est parlant quant à son importance. Pour les jeunes rencontré·es, le besoin d'avoir une personne à qui parler de leurs problèmes et de leurs conduites suicidaires est non seulement ce qui semble être le besoin le plus important, mais également ce qui semble le plus les apaiser. L'ensemble des jeunes interviewé·es ont mentionné que leur besoin principal est de pouvoir se raconter, de pouvoir parler, d'avoir une personne qui les écoute.

Bien que ce besoin soit important dans tous contextes d'intervention, il semble être principalement important pour les jeunes dans un contexte de suivi et moins dans un contexte de services d'urgence ou de crise. Comme en témoigne Sophie, le besoin de parler de sa détresse et de se sentir écoutée est très aidant pour l'apaiser et l'aider à prendre une distance par rapport à sa situation vécue.

J'avais besoin de quelqu'un pour m'écouter, parce que...vu que je n'avais pas d'ami, [...] je n'avais personne à qui en parler. [...] Pour vrai, juste quelqu'un pour m'écouter. Une fois que j'ai eu ma TS, mes problèmes sont partis... On dirait que tout s'était accumulé parce que je n'ai pas pu le sortir à personne, je n'ai pas pu le sortir. Si j'avais eu quelqu'un à qui en parler, parler d'une petite chose qui s'est passée, elle partirait et elle ne serait pas devenue aussi grosse. [...] Si tu n'as personne à qui parler, tu ne peux pas avoir un point de vue extérieur, quand c'est juste toi. Donc là, tu peux trop penser à des affaires qui n'en valent pas la peine, parce que tu n'as pas le point de vue extérieur. C'est vraiment important, j'ai réalisé, d'avoir le point de vue extérieur. (Sophie, 15 ans)

Les intervenant·es rencontré·es pensent que le besoin principal des jeunes est de raconter leur histoire, de parler de leur détresse et de réfléchir à leur vie. Cette perception abonde dans le même sens que les besoins nommés par les jeunes de notre échantillon, comme le souligne Mathieu :

T'sais, moi, ce que les jeunes m'ont beaucoup dit [...], c'est : "J'ai apprécié que tu ne me juges pas, que tu m'écoutes, et que tu ne me dises pas quoi faire, que tu sois juste là pour m'écouter". Je pense que c'est ça qu'ils ont besoin d'entendre, ils ont besoin d'entendre que quelqu'un est là pour les écouter, et qui sont bienveillants avec eux et qui veulent leur bien. (Mathieu, interne en psychologie)

À travers ce besoin de se sentir écouté·e et de se raconter, il semble également être important pour les jeunes de se sentir compris·es, ce qui peut se traduire par un désir de validation. Le besoin des jeunes d'être validé·es a été rapporté par la presque totalité des intervenant·es, comme on peut le voir dans l'extrait ci-dessous :

Je pense qu'ils [les jeunes] ont besoin de parler de leur situation, et qu'ils ont besoin d'être validés beaucoup. Je pense que, souvent, leurs parents ont de la misère à les valider [rires], dans le sens où, pas parce qu'ils sont mal intentionnés, mais, comme parent, tu veux que tes enfants aillent bien. Je pense qu'ils ont parfois tendance à dire : "Arrête de penser à ça! Qu'est-ce que tu peux faire?". Tser, les mettre tout de suite vers des solutions. [...] Moi, je pense qu'ils ont besoin de réfléchir à leur vie, à ce qui se passe en eux et d'aller plus en profondeur. Ils ont besoin d'être écoutés, d'être validés, qu'on cible les besoins. [...] Qu'est-ce qui n'est pas comblé? C'est quoi les manques dans leur vie? Qu'est-ce qui ferait que ça pourrait aller mieux pour eux? Je pense qu'ils ont besoin beaucoup de se raconter... et de compréhension, de validation. (Nathalie, travailleuse sociale)

À la lumière de cet extrait, on peut voir que le fait de se confier et d'être reconnu·es permet aux jeunes d'avoir une meilleure compréhension de leur situation vécue. Il semble être important

pour les jeunes qu'on reconnaisse et qu'on valide leurs émotions avant de leur proposer des solutions.

Par ailleurs, plusieurs sujets ont affirmé que la personne à qui les jeunes s'adressent semble avoir peu d'importance, tellement le besoin de parler et de se sentir écouté·e est grand. L'ensemble des jeunes de notre échantillon ne semblent pas retrouver de l'écoute auprès de leurs proches. Les jeunes nomment avoir simplement besoin d'une oreille attentive pour se confier, et pas nécessairement d'une écoute professionnelle. L'écoute peut donc être offerte par n'importe quelle personne disponible. Voici un extrait d'une jeune qui illustre bien ce concept :

Quand j'ai commencé mon suivi [avec la TTS en milieu scolaire], j'avais vraiment juste besoin de quelqu'un pour m'écouter. Je l'apprécie vraiment la TTS, mais ça aurait pu être n'importe qui d'autre et j'aurais eu la même satisfaction. Pour moi, la TTS, ça n'a pas juste été une TTS, ç'a été la personne qui m'a écouté... Pendant les 15 ans de ma vie, il n'y a personne qui m'a autant écoutée qu'elle. Cette madame-là, c'était la seule personne de ma vie qui m'avait autant écouté et qui avait autant été là pour moi! [...] Ça m'était jamais arrivé avant de juste m'asseoir et d'être face à face avec quelqu'un qui me dit : "Comment tu vas? Parle-moi de tes problèmes, je suis là, on a tout le temps du monde. Parle-moi..." [...] C'était toujours moi qui étais là pour les autres et personne n'était là pour moi en retour. Quand la TTS m'a dit ça... ça m'a vraiment aidé. Juste après la première rencontre, je me sentais tellement mieux. (Sophie, 15 ans)

Voici également un extrait d'une psychologue qui illustre bien la pensée des intervenant·es sur le fait que l'écoute des jeunes n'est pas strictement réservée aux professionnel·les de la santé :

J'ai toujours cru que, tser celui qui fait le ménage à l'école, si lui, il attrape un jeune au bon moment et qu'il lui dit : "Ça va pas, p'tit gars? Je suis là, parle-moi en!". Il lui donne un peu de courage. Si tu as la bonne intervention au bon moment, tu n'as pas besoin nécessairement d'être professionnel. Tu peux, pour certaines choses évidemment, avoir besoin de connaissances, mais parfois, dans ton système, il va y avoir des gens qui vont être assez significatifs [...] et qui vont pouvoir prévenir certaines choses, ou en tout cas, aider. (Victoria, psychologue)

Cet extrait parle de l'importance de prendre le temps de s'enquérir de l'état des jeunes. La formation en relation d'aide ne semble pas toujours nécessaire pour répondre au besoin des jeunes de se confier. Ce besoin d'écoute justifie d'autant plus la mise en place de programme de prévention du suicide comme les Sentinelles qui visent à former diverses personnes à détecter les signes précurseurs de conduites suicidaires et à offrir le soutien nécessaire.

Tout compte fait, ces résultats mettent en lumière que le besoin de parler et de se sentir écouté·e apparaît comme un élément essentiel pour les jeunes ayant des conduites suicidaires, et ce, particulièrement dans des contextes de suivi. Le fait de se raconter et de se sentir compris·e semble également avoir d'importants bénéfices pour les jeunes de notre échantillon, tels que contrer l'isolement, les aider à développer une meilleure compréhension de leur situation et diminuer leur détresse.

6.1.2.2. Le besoin de guidance

Les jeunes interviewé·es ont également abordé le besoin de guidance. Ce besoin se traduit par un désir de recevoir des conseils ou des solutions, et ce, particulièrement lors d'une hospitalisation, d'une visite à l'urgence ou d'un appel à un service de crise. Les jeunes semblent apprécier la guidance au moment de la crise suicidaire, alors que le besoin d'une oreille attentive est plus présent en contexte de suivi. Par exemple, Gab explique qu'en allant à l'hôpital psychiatrique, son besoin était de recevoir des conseils et croyait que cela allait l'aider à « trouver un meilleur côté de la vie » (Gab, 14 ans). Dans l'extrait suivant, une autre participante se prononce sur son besoin de recevoir des conseils en faisant appel aux services téléphoniques d'urgence du 811-Info Social :

Je m'attendais vraiment que j'allais appeler [au 811] et que j'allais tout de suite avoir quelqu'un à qui j'aurais pu dire : "OK. Je viens d'avoir une chicane avec mon père, je ne me sens vraiment pas bien, ça fait longtemps que je me sens anxieuse, j'ai des problèmes de santé, ça me donne même plus envie de vivre... Svp! Aidez-moi! Je ne sais pas, est-ce que vous pensez que j'ai besoin d'aller dans un hôpital psychiatrique? [...] Je ne sais pas...Dites-moi! Est-ce qu'il y a un endroit où je peux aller?" [...] Je voulais de l'aide. Je voulais des conseils. Je voulais être écoutée. (Sophie, 15 ans)

Bien qu'on puisse remarquer que le besoin de se sentir écouté·e semble omniprésent pour les jeunes de notre échantillon, il est indéniable que le besoin de recevoir de conseils est un besoin important pour les jeunes lors d'une situation de crise. Quelques jeunes ont même l'impression de ne pas avoir reçu d'aide lorsque les services d'urgence ne leur ont pas donné de conseils à mettre en application afin de prévenir un passage à l'acte ou de réduire l'incidence des conduites suicidaires.

6.1.2.3. *Le besoin de réassurance*

Le besoin de réassurance a aussi été mentionné par quelques participant·es. Ce besoin se traduit par la recherche de réconfort auprès des professionnel·les de la santé leur offrant des services en lien avec le suicide. Par exemple, Gab explique avoir voulu recevoir du réconfort de la part des professionnel·les de la santé et qu'on lui donne l'espoir que sa situation aller s'améliorer. « Du réconfort, plus de réconfort que d'autre chose. Quelqu'un qui allait être là pour me prouver que ça allait bien se passer » (Gab, 14 ans). Le besoin de réconfort a également été nommé par quelques intervenant·es de notre échantillon, notamment Mathieu : « Ils [les jeunes] ont besoin d'être rassurés! Parce que tser à 12 ans, faire une tentative de suicide, je pense que tu as besoin d'être rassuré et de te sentir en sécurité ! » (Mathieu, interne en psychologie).

Ce besoin de réconfort semble donc induire de la sécurité et de l'espoir chez des jeunes – des contextes qui semblent particulièrement importants pour les adolescent·es ayant participé à l'étude considérant l'ampleur de leur détresse et leur impression qu'il n'y a pas de solution possible afin d'améliorer leur situation. L'espoir est donc un élément important pour ces jeunes, que ce soit l'espoir que la détresse s'apaise ou l'espoir d'un avenir meilleur.

6.1.2.4. *Un besoin d'autonomie*

On observe également un désir d'autonomie chez quelques jeunes de notre échantillon – un désir qui se manifeste notamment par la volonté de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes ou elles-mêmes et de s'impliquer activement dans les décisions les concernant. En fait, le désir d'autonomie des jeunes semble se présenter sous un désir d'implication dans les choix envers leurs traitements. Ce besoin d'autonomie apparait particulièrement lorsque des jeunes rencontré·es parlent de la posture autoritaire des professionnel·les de la santé qui n'est pas appréciée. Dans l'extrait suivant, Catherine exprime bien ce point de vue :

Le médecin [pédopsychiatre], il était bête. Il voulait que je fonctionne à sa façon et ça, ça me gossait. Mettons, je ne voulais pas me présenter [à la rencontre familiale], parce que je ne voulais pas voir mon père et qu'il se choque après moi, donc je ne voulais pas aller dans la salle. Et là il était comme : "C'est ça, je compte jusqu'à 3 et si tu n'es pas dans la salle, on reporte la rencontre à plus tard". [...] Tser, il aurait pu attendre que je sois prête à voir mes parents. Ça l'aurait déjà été ça, mais là il m'a forcée à les voir... [souponne] [...] Je n'ai pas aimé qu'ils [TS et pédopsychiatre] n'essaient pas de me

comprendre. Ils ont une idée en tête et ils suivent cette idée-là, c'est tout. T'as pas de lousse! (Catherine, 14 ans)

Il semble être important pour les jeunes de notre échantillon de pouvoir être impliqués dans leur traitement et de se sentir considéré-es par les intervenant-es qui les accompagnent. En fait, quelques jeunes rencontré-es nomment ne pas apprécier, dans un contexte de soins, se faire imposer des décisions sur leurs traitements ou se faire forcer de faire des choses sans leur consentement. Cela soulève des questionnements quant aux manières de considérer les jeunes comme des sujets et non seulement des objets de soins et, par le fait même, de les impliquer dans les décisions concernant les soins et les services offerts aux jeunes en lien avec le suicide. Cela parle d'un besoin d'autonomie, mais également d'un désir d'humanité et d'agentivité.

De plus, les jeunes semblent démontrer une réticence générale à demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires, étant donné leur désir d'autogestion et leur croyance selon laquelle personne n'est disponible pour les écouter. Leur désir d'autonomie ainsi que leur faible réseau de soutien social et familial créent ainsi un cercle vicieux d'autogestion et de solitude qui amplifie leur détresse.

Tout compte fait, les jeunes de notre échantillon semblent avoir particulièrement besoin d'une oreille attentive qui peut accueillir avec bienveillance leur détresse, ainsi que de conseils et de réassurance afin de leur donner espoir que leur situation va s'améliorer. Quelques jeunes démontrent également un besoin d'autonomie et d'implication dans les décisions prises face à leur traitement.

6.1.3. Qu'est-ce que demandent les jeunes?

Bien que les jeunes peuvent avoir peur de demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires, les entretiens effectués dans le cadre de la présente étude ont permis d'identifier un principal facteur incitatif en lien avec la demande d'aide des jeunes – le désir d'aller mieux. En effet, la totalité des jeunes de notre échantillon ont mentionné vouloir simplement recevoir de l'aide d'une personne pouvant les aider. Bien qu'il est difficile pour des jeunes d'exprimer leurs besoins, on arrive à comprendre que ce besoin de recevoir de l'aide se traduit par un besoin plus profond d'être écouté-e, d'aller mieux et de diminuer leur souffrance. Par ailleurs, selon les intervenant-es

rencontré·es, lorsque les jeunes demandent de l'aide, ils ou elles s'attendent à rencontrer une personne qui accueille leur souffrance avec bienveillance. Les jeunes ont donc conscience de leur souffrance et demandent de l'aide dans l'espoir de la faire disparaître. À un certain moment, il semble que la souffrance devient trop lourde qu'elle doit être partagée avec une personne bienveillante.

Le but, c'est vraiment de ne pas rester toute seule et de trouver de l'aide, parce que tu ne peux pas rester toute seule avec ce que tu ressens, parce que c'est juste trop et un moment donné, tu as besoin d'aide! Vivre ce que tu vis, ça ne se vit pas tout seul.
(Catherine, 14 ans)

Des jeunes de notre échantillon savent donc qu'à un moment il devient nécessaire de rompre l'isolement et de solliciter l'aide d'une personne de façon à diminuer leur souffrance.

Bien que des jeunes entretiennent l'espoir de voir leur souffrance diminuer, les résultats de la présente étude révèlent que des jeunes peuvent explicitement formuler une demande d'aide en lien avec des conduites suicidaires. Cela dit, la demande d'aide est plus souvent formulée par une tierce personne inquiète comme on le verra dans la prochaine partie (c.f. section 6.2).

Par exemple, Catherine est la seule jeune ayant participé à l'étude qui a fait une demande d'aide par elle-même. Croyant que sa famille n'était pas disponible pour accueillir sa détresse avec bienveillance, elle a pensé solliciter l'aide d'un organisme dans le but de voir diminuer sa souffrance. Lors d'une crise suicidaire, elle a sollicité l'aide de Tel-Jeunes³, ce qui a mené à son hospitalisation en psychiatrie puis à une référence pour un suivi psychosocial dans sa communauté. Malgré la crise dans laquelle elle était plongée, Catherine a su demander de l'aide. Elle a démontré une bonne connaissance des services à sa disposition. Un tel résultat témoigne de la connaissance de cette jeune des services qui lui sont disponibles et renseigne quant à sa capacité à les utiliser en cas de besoin. Cela témoigne également du courage et de la débrouillardise et de la détermination de cette jeune aux prises avec des conduites suicidaires lors de moments de crise.

³ Tel-jeunes est une ressource pour les jeunes du Québec depuis 1991 qui permet aux jeunes de pouvoir rejoindre un intervenant ou une intervenante par téléphone, sur Internet et par textos afin de discuter de préoccupations ou de diverses problématiques.

Les intervenant·es rencontré·es ont rapporté que la demande d'aide des jeunes s'exprime souvent dans un contexte de crise de sorte que le ou la jeune se retrouve à l'urgence, puis en psychiatrie. Plusieurs ont rapporté que les requêtes reçues pour des services de suivi en CLSC proviennent souvent de centres hospitaliers ou de pédopsychiatres travaillant dans les urgences. Les jeunes semblent donc tarder à demander de l'aide avant d'atteindre un point critique, ce qui fait en sorte que les passages à l'acte suicidaires ou les comportements d'automutilation servent de porte d'entrée vers des services pour les jeunes en lien avec le suicide. Cette tendance à attendre avant de demander de l'aide qu'on remarque chez les jeunes de notre échantillon parle de leur solitude et de leur peur quant à la demande d'aide en lien avec le suicide.

Tout compte fait, les jeunes de notre échantillon semblent se fier généralement à eux-mêmes et elles-mêmes lors de moments difficiles, plutôt que d'aller chercher de l'aide professionnelle ou d'utiliser leur réseau de soutien. Tel que décrit plus tôt, étant donné la profonde solitude qui habite les jeunes de notre échantillon, on observe une tendance des jeunes à vivre leurs idées suicidaires seul·es, à s'isoler et à n'en parler à personne avant que cela atteigne un point critique ou jusqu'à ce qu'il y ait une hospitalisation ou un début de suivi psychosocial. Cette tendance semble présente étant donné leur solitude et leur perception d'absence de relation de confiance dans leur réseau de soutien. Cela leur donne l'impression de n'avoir personne pour les aider, les freine à demander de l'aide et accentue leurs conduites suicidaires. On peut donc penser que le sentiment profond de solitude des jeunes peut être alimenté en partie par leur grand besoin de se sentir écouté·es – un besoin qui ne semble pas être répondu par les personnes de leur entourage.

6.2. Les principaux systèmes de soutien des jeunes

À la lumière du cadre théorique, l'analyse a permis d'identifier la présence de plusieurs facteurs dans l'environnement immédiat des jeunes qui ont une influence sur leurs conduites suicidaires ainsi que sur leur expérience avec les services psychosociaux et de santé. La section suivante traite donc de l'influence des proches dans la demande d'aide des jeunes ainsi que des principaux systèmes de l'environnement proximal des jeunes de notre échantillon, plus précisément les relations des jeunes avec leurs familles, leurs ami·es, ainsi que les intervenant·es qui les accompagnent. Les écocartes remplies par les jeunes rencontré·es bonifient l'identification des systèmes d'influences des jeunes et sont présentées ci-dessous. Celles-ci ont été retranscrites

et le nom des personnes a été remplacé par un terme générique de façon à préserver l'anonymat des participant·es.

Figure 2.

Écocarte de Catherine

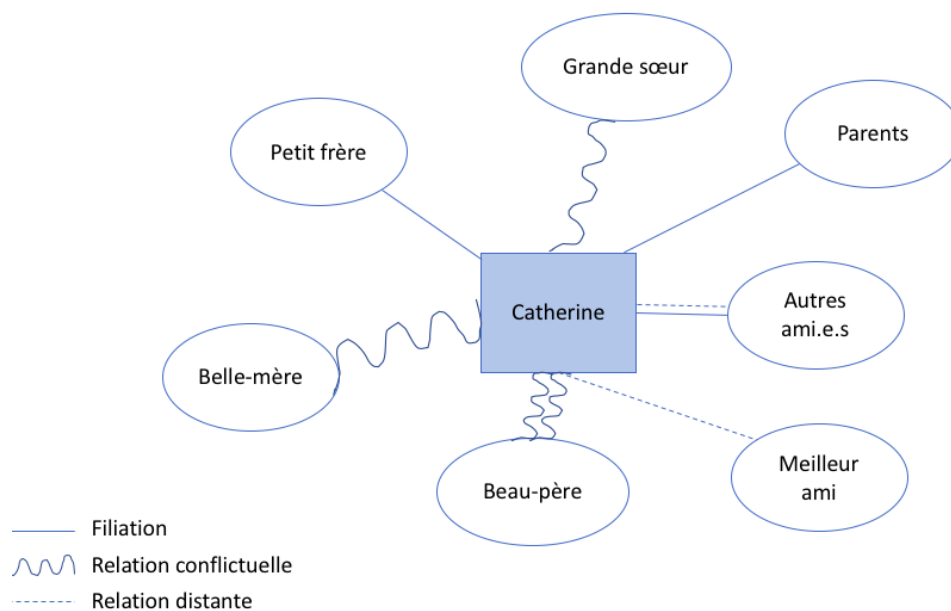


Figure 3.

Écocarte de Gab

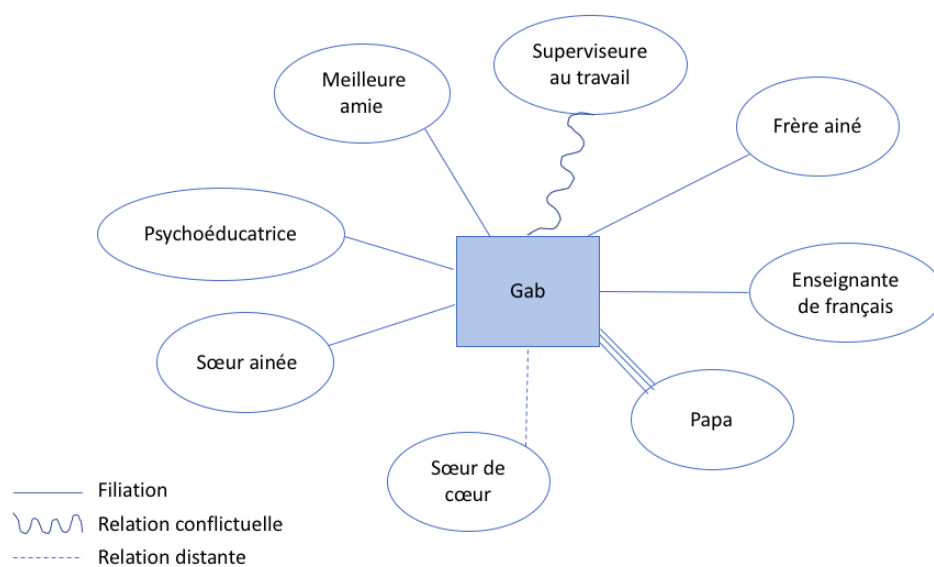
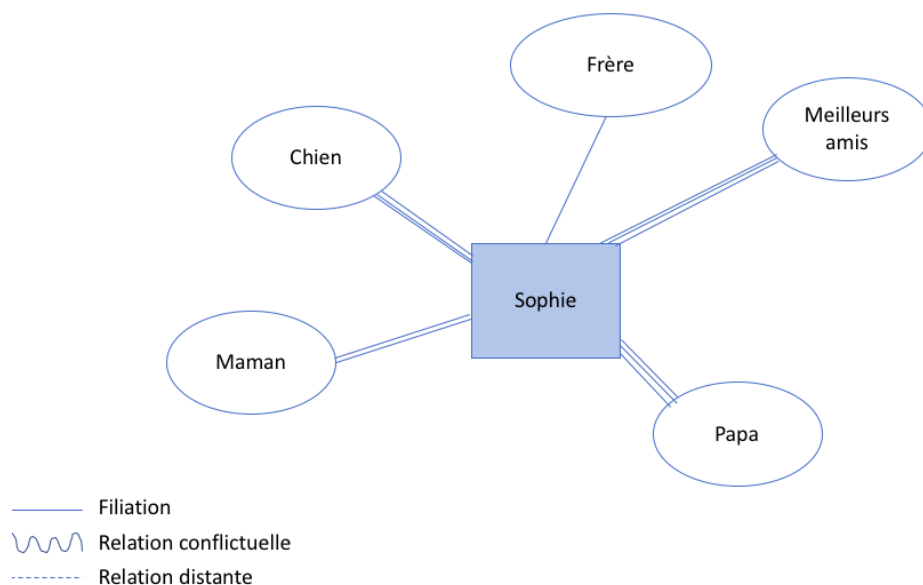


Figure 4.*Écocarte de Sophie***6.2.1. L'implication du réseau de soutien dans la demande d'aide des jeunes**

Comme mentionné plus tôt, la demande d'aide des jeunes en lien avec le suicide semble être associée à l'implication du réseau de soutien des jeunes. Deux des trois jeunes rencontrés ont rapporté que leur demande d'aide avait été initiée et faite par une tierce personne de leur entourage. Dans le cas de Gab, il s'agissait de sa meilleure amie, alors que, pour Sophie, c'était un de ses enseignants. La plupart des jeunes ne semblent pas demander d'aide formelle à leurs proches, mais plutôt exprimer, par des gestes, des comportements ou des paroles leur détresse à des personnes significatives qui demandent de l'aide en leur nom. Par exemple, Gab a rapporté que sa demande d'aide avait été initiée par sa meilleure amie qui a vu des coupures d'automutilation sur ses bras et qui l'a forcée à aller chercher de l'aide auprès de l'intervenante scolaire, qui a entrepris des démarches afin qu'elle soit hospitalisée en psychiatrie. Gab rapporte avoir reçu de l'aide en lien avec ses conduites suicidaires grâce à son amie et affirme qu'une demande d'aide n'aurait pas eu lieu sans elle, étant donné sa propension à vouloir gérer sa détresse sans l'aide de personne. Pour Sophie, la demande d'aide a été initiée par un de ses enseignants, qui a, par la suite, entamé des démarches afin qu'elle reçoive de l'aide, tel que démontré dans l'extrait suivant :

Le lendemain de ma quasiment tentative de suicide, je suis allée à l'école et il avait un examen. Mais j'étais comme ... pas là [rire nerveux]. Donc, j'étais devant l'examen et

j'ai demandé au professeur d'aller lui parler dehors et je lui ai dit : "Monsieur, j'ai failli me suicider hier". [...] Je n'étais pas du tout dans l'état de faire un examen. [...] Mon professeur, il a été super compréhensif! Incroyable! [...] Et après ça, ce professeur-là, il a fait la bonne chose et je ne lui en veux pas du tout, mais il est allé en parler à l'école. Et c'est là que j'ai commencé à voir une TTS à l'école et une TS en dehors de l'école [au CLSC]. (Sophie, 15 ans)

Cet extrait témoigne de l'influence positive que cela peut avoir pour des jeunes de parler de leur détresse à une personne de confiance, mais également des avantages de la réaction empathique et bienveillante de cette personne. Dans le cas de Sophie, elle a été impressionnée par l'empathie et par la compréhension que lui avait témoignée son enseignant. Les jeunes sont généralement reconnaissants et reconnaissantes qu'une demande d'aide soit faite par une tierce personne afin de pouvoir recevoir de l'aide.

Les intervenant-es ayant participé à l'étude croient également tous et toutes que la majorité des jeunes font appel à une tierce personne pour demander de l'aide. Plusieurs étaient même convaincu-es que les jeunes ne demandent presque jamais d'aide par eux-mêmes ou elles-mêmes. Voici un extrait de Michèle, travailleuse sociale en milieu scolaire, qui illustre bien la pensée exprimée par l'ensemble des intervenant-es en lien avec la demande d'aide des jeunes :

Quand on reçoit une demande, les TS scolaires ou les gens dans divers services...l'affaire, c'est que le jeune en a parlé à quelqu'un. Il [le jeune] n'appellera jamais... Il n'appelle pas pour dire : "Hey, moi, j'ai besoin d'aide!". Ce qu'il va faire, c'est qu'il va en parler avec un ami, avec un prof, avec une TES dans les écoles...Il va parler à quelqu'un [...] qui va nous interpeler, qui va demander de l'aide. (Michèle, travailleuse sociale)

On comprend donc que la demande d'aide en matière de conduites suicidaires, chez les jeunes, passe souvent par une personne interposée. Le réseau de soutien, c'est-à-dire les gens de leur entourage, est donc un facteur important en lien avec leur capacité à demander de l'aide en lien avec le suicide. Les proches doivent donc être à l'affut des façons de repérer ces jeunes avant un possible passage à l'acte.

6.2.2. Les familles

Les écocartes et les entretiens réalisés dans le cadre du projet de recherche mettent en lumière des constats intéressants sur les relations qu'entretiennent les jeunes avec les membres de

leur famille.

Deux des trois jeunes rencontrés vivent dans des familles recomposées. La majorité des jeunes rapportent vivre des conflits fréquents avec au moins un de leur parent. Par exemple, comme témoigne l'écocarte de Catherine, la relation avec ses parents semble positive. Pourtant, dans l'entrevue, elle affirme vivre beaucoup de conflits avec eux. En fait, Catherine rapporte se faire dénigrer fréquemment par son père et avoir une relation parfois difficile avec sa mère. Elle explique que les conflits avec ses parents ne sont « pas si pire » et qu'« il y a des fois où ça va super bien [avec la famille] et d'autres fois où tout va mal ». On observe donc une ambivalence dans ses propos qui n'a pas pu être expliquée. Pour sa part, Sophie rapporte avoir une relation positive avec ses parents, qui ne sont pas séparés, mais explique avoir toujours eu plus de conflits avec sa mère. Pour Gab, l'analyse de son écocarte témoigne de l'absence de sa mère dans son environnement. Dans l'entrevue, Gab a d'ailleurs expliqué que sa mère l'a « abandonné » il y a quelques années et que sa relation avec elle est négative.

Je ne parle plus à ma mère, elle n'est plus dans le portrait, à cause de son chum. [...] Ma mère était beaucoup abusive. Bin, son chum était abusif et elle le laissait faire. Elle, elle faisait de l'abus mental et lui, il faisait de l'abus physique (Gab, 14 ans).

On peut ainsi voir que Gab a été victime d'abus psychologique de la part de sa mère et d'abus physique de la part de son beau-père, ce qu'elle juge comme « traumatisant ». Des relations conflictuelles avec les conjoints des parents ont également été rapportées par Catherine.

En contrepartie, deux des trois jeunes de notre échantillon rapportent être très proches d'au moins un de leur parent, ce qui est perçu comme une de leurs meilleures relations de confiance. Plus précisément, Sophie et Gab rapportent avoir une relation de confiance très positive avec leur père. Les deux jeunes décrivent leur père comme étant leur meilleur ami et disent pouvoir recevoir un soutien significatif de leur part. De plus, seulement une jeune, Sophie, dépeint un portrait positif de relations familiales et affirme bénéficier de soutien de la part de ses parents et de sa fratrie. Toutefois, dans le cas de Sophie, un conflit avec son père est ce qui a déclenché chez elle une crise suicidaire, étant donné qu'elle ne croyait jamais vivre de telles tensions avec lui.

Dans le fond, j'avais eu une chicane avec mon père, et mon père, c'est comme mon

meilleur ami depuis que je suis jeune. Ça toujours été la personne que j'étais vraiment proche avec, vu que j'avais pas vraiment d'ami proche, ça l'a toujours été comme mon meilleur ami. Et ça été, honnêtement, je pense la première chicane qu'on a eu de ma vie. Comme, on s'est jamais chicané! [...] Cette journée-là, comme on a eu une grosse chicane...[...] pi ça m'a comme ouvert les yeux que le monde n'est pas aussi beau que je pensais. [...] Je voulais vraiment mourir à ce moment-là. (Sophie, 15 ans).

Cela témoigne donc de l'importance que les jeunes de notre échantillon accordent à la relation avec leurs parents, mais également de l'impact des conflits familiaux sur leur détresse.

Deux des jeunes rencontrés ont également rapporté avoir bénéficié de services psychosociaux dans le passé avec la DPJ, ce qui rend compte des enjeux conflictuels dans la relation entre des jeunes et leurs parents. De plus, les deux jeunes ayant été en contact avec la DPJ ont dit avoir eu l'impression que ces services n'ont servi à rien.

Ils [la DPJ] ont rien fait. Ils ont juste fini par partir un moment donné. La DPJ, ils disaient toujours des affaires, mais ils ne le faisaient jamais. (Catherine, 14 ans).

On peut donc comprendre que ces jeunes avaient implicitement des attentes que la relation avec leurs parents s'améliore, ce qui est parlant quant à l'importance des relations familiales pour quelques jeunes.

Bref, les conflits familiaux, le manque de soutien familial ainsi que la présence d'abus au sein de la famille semblent contribuer à la détresse des jeunes, renforcer leur sentiment de solitude et parfois même précipiter des conduites suicidaires. En contrepartie, le soutien et l'écoute offerts par les parents sont très bénéfiques pour des jeunes afin de contrer leur solitude, ce qui est parlant quant à l'importance du soutien familial pour les jeunes de notre échantillon.

En ce qui concerne la qualité de la relation avec la fratrie, elle semble très variable. L'ensemble des jeunes de notre échantillon ont au moins un frère ou une sœur. Catherine, par exemple, rapporte avoir des relations conflictuelles avec ses trois sœurs, mais une relation très positive avec son petit frère. Gab rapporte avoir des relations positives avec son demi-frère aîné et sa sœur aînée. Gab dit toutefois avoir des relations plus difficiles avec les trois autres membres de sa fratrie, soit les enfants de la conjointe de son père, avec qui elle nomme ne pas avoir de liens de

sang. Quant à Sophie, bien qu'elle entretienne une relation distante avec son grand frère, elle dit pouvoir compter sur lui.

De manière intéressante, deux des jeunes ayant participé à l'étude ont eu des interactions significatives avec leur fratrie au moment de leur crise suicidaire. Ces jeunes demandent de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires pour éviter de leur faire de la peine, pour les protéger. Par exemple, Sophie affirme que la présence de son frère au moment de sa crise suicidaire l'a empêché de passer à l'acte et qu'il lui a probablement sauvé la vie. Pour Catherine, son petit frère représentait sa principale raison de vivre. Comme en témoigne l'extrait qui suit, l'amour pour son frère cadet et son désir de vouloir le protéger de la peine qu'il pourrait ressentir si elle se suicidait l'a incité à demander de l'aide:

Tout ce que j'avais dans ma tête, c'était de mourir, de me faire du mal. Le premier réflexe que j'ai eu, au début, c'est que j'étais partie dans la cuisine pour aller chercher des affaires [couteaux], mais après, je suis allée m'asseoir, et je me suis dit que j'allais appeler Tel-Jeunes. Donc, j'ai appelé Tel-Jeunes pour voir si je pouvais me changer les idées, parce que je l'aurais fait [passage à l'acte suicidaire], mais la seule affaire qui me retenait, c'était mon frère. C'est ça qui a fait en sorte que j'ai rien fait. [...] Je me suis juste dit qu'il faut que je trouve de l'aide, parce que si je fais ça [tentative de suicide], mon frère va m'en vouloir. Donc, la première chose qui m'a forcé à ne rien faire, c'est pour que mon frère n'ait pas de la peine. (Catherine, 14 ans)

Pour quelques jeunes, les proches sont à ce point significatifs qu'ils ou elles peuvent représenter une source de motivation pour rester en vie et demander de l'aide. On peut donc penser qu'il y aurait une tendance des jeunes à être préoccupé-es par le bien-être des êtres chers, et ce, même lorsque la détresse est insurmontable. Les relations significatives avec la fratrie semblent donc représenter un facteur de protection et de soutien important pour les jeunes de notre échantillon.

6.2.3. Les amitiés

En plus des relations familiales, les relations d'amitié semblent prendre une place importante dans l'environnement proximal des jeunes rencontrés. Sophie entretient des relations positives avec deux meilleurs amis, avec qui elle n'avait pas de relation au moment de sa crise suicidaire dans le passé. Ses amis sont devenus importants pour elle, parce qu'ils lui ont donné espoir, lui ont offert du soutien et l'ont aidé à surmonter ses conduites suicidaires. Pour sa part,

Catherine affirme avoir une relation positive et significative avec son meilleur ami. Gab nomme également avoir une meilleure amie à qui elle peut se confier. Les relations amicales de confiance semblent ainsi avoir des effets positifs pour plusieurs jeunes de notre échantillon, particulièrement pour ceux et celles ayant un faible réseau de soutien social, étant donné que cela vient contrer leur sentiment de solitude et d'isolement.

Bien que l'étendue du réseau social soit limitée, des jeunes comptent sur le soutien significatif d'au moins un·e ami·e de confiance, mais affirment ne pas parler de leurs conduites suicidaires. On remarque aussi que le réseau de soutien n'est pas toujours caractérisé par la réciprocité, c'est-à-dire que les jeunes semblent avoir des relations dans lesquelles ils ou elles ont l'impression de donner beaucoup et recevoir peu.

Les amis, j'en ai quelques-uns qui sont vrais, et le reste, ils sont juste là sous ma protection, si on peut dire. Je suis *taugh*, je suis protectrice, je suis toujours là. [...] C'est plus moi qui est là pour les protéger [...] et il en a qui sont juste là pour compter sur moi pour les protéger et les écouter (Gab, 14 ans).

Il aurait donc une tendance altruiste que l'on remarque auprès de quelques jeunes à prendre soin des autres et à faire preuve d'écoute pour leurs proches, mais d'avoir l'impression que ce soutien n'est pas mutuel, ce qui contribue à leur solitude.

Cela explique pourquoi Sophie a rapporté ne pas avoir parlé de ses idées suicidaires avec ses ami·es étant donné qu'elle ne leur faisait pas confiance. Elle rapporte avoir maintenant un meilleur cercle d'amis, mais ne se sent toujours pas capable de leur parler de ses conduites suicidaires, ne voulant pas que cela soit perçu comme une faiblesse ou un fardeau et qu'elle se retrouve seule encore une fois.

J'ai vraiment un cercle fermé d'amis. Avant, j'avais pas vraiment d'amis, j'avais juste des personnes qui disaient qui était mon ami, mais qui parlaient dans mon dos, et je savais que si je disais quelque chose, le lendemain, c'était partout dans l'école. Donc, j'avais personne à qui me confier. [...] Mes deux meilleurs amis, que j'ai encore maintenant, j'avais peur de les décevoir, parce que, à l'école, j'étais toute joyeuse, et j'avais peur que s'ils savaient à quel point j'étais triste intérieurement, qu'ils ne voudraient pas passer du temps avec moi. [...] je ne voulais pas gâcher ça (Sophie, 15 ans).

On peut ainsi observer un cercle vicieux chez des jeunes ayant participé à l'étude. Les jeunes souffrent, se sentent profondément seul·es face à leur détresse, veulent recevoir de l'aide, mais craignent le jugement et l'exclusion de leurs ami·es, et de se retrouver à nouveau isolé·es. Toutefois, bien que les jeunes de notre échantillon rapportent ne pas vouloir parler de leurs conduites suicidaires à personne, la totalité auraient voulu recevoir de l'aide, ce qui témoigne d'autant plus de l'ampleur de cette barrière à la demande d'aide. On voit donc que, malgré la présence de relations amicales significatives, les jeunes rencontré·es expriment une réticence à leur faire confiance afin d'accueillir avec bienveillance leur détresse et leur conduites suicidaires.

6.2.4. Les intervenant·es accompagnant les jeunes

Les intervenant·es représentent un second système d'influence présent dans l'environnement des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Ils et elles ont une influence positive considérable sur le rétablissement des jeunes ainsi que sur leur expérience avec les services psychosociaux et de santé reçus en lien avec le suicide.

De manière générale, les intervenant·es de notre échantillon apprécient leur travail auprès de cette population, et ce, malgré d'importants défis que cela suppose. La moitié des intervenant·es ayant participé à l'étude ont affirmé aimer l'aspect stimulant, enrichissant et intense de l'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Toutefois, l'ensemble ont rapporté vivre un grand stress en lien avec leur travail – un stress pouvant s'expliquer par divers facteurs, dont la responsabilité professionnelle, le risque élevé de passage à l'acte des jeunes, le manque de ressources ou de soutien offert, ainsi que l'importance d'aider et d'assurer la sécurité des jeunes. Le principal facteur de stress qui a été relevé par les intervenant·es est le stress en lien avec la gestion du risque suicidaire des jeunes qui ajoute une charge significative à leur travail. On parle ici de la responsabilité professionnelle des intervenant·es de composer avec la possibilité d'un passage à l'acte ainsi que la nécessité d'assurer un filet de sécurité solide avec le ou la jeune afin d'assurer sa survie. Voici un extrait d'une travailleuse sociale qui met en lumière la lourdeur engendrée par cette responsabilité :

Moi, j'aime bien [mon travail] quand même, parce que je trouve que c'est des jeunes qui, la plupart, sont quand même en recherche de solutions, de manière d'aller mieux, et d'exploration de leur situation. Donc j'aime beaucoup ça! Mais je suis contente de ne pas avoir juste dans mon *case load* des jeunes qui ont des conduites suicidaires [rires].

[...] Je trouverais ça lourd! [...] C'est lourd pour des intervenantes de gérer, de composer avec ça tout le temps, de vivre avec le risque suicidaire des jeunes. Quand tu fais ça, tu es un peu désensibilisée. Un moment donné, tu n'y penses plus, mais quand tu t'arrêtes à penser à ça...*tabarnouche!* C'est vraiment *heavy* pareil! Moi, quand je reviens de vacances, je me dis tout le temps : "Bin voyons dont! Qu'est-ce que j'ai pensé à faire ça comme job? Ça pas de sens!". [...] Moi je pense que ce rôle d'aide, de protection et de sécurité qu'on a, c'est très lourd à prendre. On finit par trouver ça normal [rires], mais quand tu y réfléchis, pour monsieur, madame Tout-le-Monde, c'est quelque chose de très lourd. (Nathalie, travailleuse sociale)

Considérant que la majorité des intervenant·es rencontré·es possèdent plus de dix ans d'expérience dans le domaine, la charge mentale associée à la gestion du risque suicidaire des jeunes ne semble pas s'atténuer avec l'expérience.

Par ailleurs, il a été rapporté que les intervenant·es doivent posséder une certaine force de caractère afin d'être capables de bien gérer le stress associé au travail auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Selon Michèle, travailleuse sociale, cette force de caractère est primordiale afin d'être capable non seulement d'intervenir auprès des jeunes, mais également pour gérer le stress qui vient avec le travail. Elle témoigne de la lourdeur du travail ainsi que la force de caractère des personnes intervenant auprès de cette clientèle :

Moi j'aime ça [travailler auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires]! J'aime ça, mais c'est sûr que j'ai beaucoup appris par rapport à la gestion de risque. Ce que je trouve, c'est qu'il faut que tu sois un peu solide. Dans le sens que c'est difficile de penser que, par exemple, tu as évalué un risque et que le jeune peut... [se suicider] [silence]. Comme intervenante, ça peut être des moments stressants. [...] C'est stressant, mais en même temps, j'aime ça! (Michèle, travailleuse sociale)

La gestion du risque suicidaire par les intervenant·es soulève chez elles et eux des préoccupations quant au soutien qui leur est offert. Certain·es disent parfois se sentir démuni·es quant aux actions à employer pour empêcher le passage à l'acte d'un ou d'une jeune et de ne pas savoir quoi faire en cas de crise suicidaire. Les participant·es décrivent le manque de ressources qui leur sont offertes en lien avec la gestion du risque suicidaire des jeunes. On parle ici autant du manque de formation que du manque de ressources institutionnelles offertes afin d'assurer une gestion adéquate du risque suicidaire des jeunes. Ce phénomène, décrit dans l'extrait suivant, semble ajouter un poids considérable au stress vécu par les intervenant·es et leur causer un grand sentiment d'impuissance :

Ce qui est stressant, je pense que c'est le risque! Tser, des fois, le risque est vraiment réel et tu te sens complètement démuné. Quand le jeune te dit: "Ah, ben oui, je veux me suicider et il n'y a personne chez nous". Tu n'es pas capable de rejoindre les parents [silence, soupire]. Tu es dépourvu! Tu te dis:"Je fais quoi là? Je l'amène chez moi?". Je dis ça en niaisant, on n'a pas le droit de faire ça [rires]. Mais c'est quasiment ça que tu te dis, je vais l'amener chez nous ou je vais l'attacher dans mon bureau, il ne bougera pas de là. Donc, je pense de se sentir démuné... (Mathieu, interne en psychologie)

Ce sentiment d'impuissance semble être causé notamment par le manque de formation – une préoccupation importante pour l'ensemble des intervenant·es rencontré·es. Selon les sujets, il existe de bonnes formations en lien avec la gestion du risque suicidaire, mais elles ne seraient pas disponibles pour tous et toutes. Les intervenant·es de notre échantillon sont d'avis que des lacunes de formation peuvent créer un manque de connaissances et de ressources primordiales à de bonnes interventions auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, en plus de rendre les intervenant·es peu à l'aise d'intervenir en lien avec de telles problématiques. On peut donc penser que cela pourrait également porter préjudice aux jeunes ayant des conduites suicidaires. Afin de rendre l'expérience professionnelle moins difficile et d'offrir des services plus adéquats aux jeunes, les participant·es ont mentionné qu'il serait pertinent d'offrir plus de formation en lien avec le suicide, comme le mentionne Victoria:

C'est adapté [les services pour les jeunes], dans le sens qu'il y a des meilleures formations. [...] Je pense qu'on devrait l'avoir d'emblée [la formation], tous les nouveaux, les vieux employés. [...] Mais ça devrait être encore plus! On devrait avoir des *refresh* de la formation. Moi je l'ai fait et je l'ai jamais vraiment tout utilisé comme ils nous l'ont montré, je n'ai pas eu l'occasion. Ça va faire deux ans! [...] Je trouve qu'on n'en reparle pas tant que ça après. [...] Moi, je suis pas mal la seule de mon équipe, en ce moment, qui a fait la formation. Feque tser, il y a des choses à appliquer, mais comme, quand ça arrive [qu'il y a une crise suicidaire dans le cadre d'un suivi], *you're on your own!* Je trouve que ça, ça manque un peu. (Victoria, psychologue)

Les intervenant·es rencontré·es identifient des lacunes dans la formation offerte à l'ensemble des professionnel·les dès le début de leur carrière. Les intervenant·es ayant participé à l'étude croient que l'offre universelle d'une formation complète en lien avec les conduites suicidaires auprès de la clientèle jeunesse permettrait d'offrir de meilleurs services aux jeunes, de développer les connaissances des intervenant·es en lien avec le suicide des jeunes et les facteurs qui sous-tendent les conduites suicidaires, et ce, tout en réduisant les défis qui peuvent être associés au travail auprès de cette clientèle.

Par ailleurs, les intervenant·es de notre échantillon dénotent des lacunes quant aux ressources institutionnelles à leur disposition lors d'une situation de crise suicidaire. Deux des quatre intervenant·es rencontré·es dénoncent le fait que les procédures à prioriser lors d'une crise suicidaire dans le cadre d'un suivi manquent de précision, ce qui ajoute de la lourdeur et une composante stressante à leur travail, en plus de nuire à la qualité des services offerts aux jeunes. L'extrait suivant représente bien le point de vue des intervenant·es à cet égard :

Ouf... [réfléchie]. C'est stressant parfois. [...] C'est comme si ça [la gestion de crise suicidaire], ... c'est moins dans mon truc naturel de travailler ton problème. C'est un autre problème, donc c'est une autre démarche qui faut que je fasse avec ce genre de problème là. OK attend un petit peu... [soupire]. C'est comme gérer la crise quand c'est rouge là, qu'est-ce qu'on fait quand c'est rouge? C'est ça qui est stressant! Pis nous autres [les psychologues], on fait de la psychothérapie, on ne fait pas nécessairement de la gestion de crise. Quand on a à le faire, on va le faire, mais... c'est ça qui est stressant. (Victoria, psychologue)

De manière intéressante, on observe des différences entre les intervenant·es ayant participé à l'étude en ce qui concerne le fait de se sentir plus ou moins outillé·es à intervenir en cas de crise suicidaire d'un ou d'une jeune lors d'une rencontre de suivi.

Tout compte fait, les intervenant·es accompagnant les jeunes semblent être confronté·es à divers défis professionnels lorsqu'ils ou qu'elles accompagnent des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Cela semble être un poids considérable dans leur travail – une lourdeur qui semble être peu atténuée par l'appréciation du travail et qui pèse d'autant plus lorsque les intervenant·es sont confronté·es à des sentiments d'impuissance ou de manque de soutien face à leur travail. On ne peut donc s'empêcher de penser que de tels défis ont une influence sur les jeunes.

6.3. Les relations entre les différents systèmes d'influence

À la lumière de notre cadre théorique, on observe des relations entre les différents microsystèmes des jeunes de notre échantillon. L'analyse des résultats a permis d'identifier des relations importantes entre les jeunes et les intervenant·es qui les accompagnent, ainsi que quelques liens entre les intervenant·es et les parents des jeunes qui bénéficient de services psychosociaux ou de santé.

6.3.1. La relation entre les jeunes et les intervenant·es qui les accompagnent

De manière intéressante, seulement une jeune de notre échantillon, Gab, a placé dans son écocarte des intervenantes qui l'accompagnent, dont une psychoéducatrice du CLSC avec qui elle bénéficie d'un suivi ainsi qu'une de ses enseignantes qui lui a offert du soutien en lien avec ses conduites suicidaires. Gab explique avoir une relation de confiance positive avec ses deux personnes, ce qui est apprécié et décrit comme étant positif. On peut donc penser que, pour quelques jeunes, le soutien professionnel offert par les intervenant·es n'est pas perçu comme faisant partie intégrale de leur réseau. Cela soulève des questionnements intéressants quant à l'établissement du lien de confiance avec les jeunes ainsi que ce qui pourrait être amélioré de façon à ce que les jeunes ressentent plus de soutien de la part des intervenant·es qui les accompagnent.

Tant du point de vue des jeunes que des intervenant·es rencontré·es, la relation de confiance apparaît comme un élément important afin que les jeunes se sentent à l'aise de pouvoir parler de leur détresse et pour leur offrir une expérience plus positive avec les services. Pour les intervenant·es de notre échantillon, la relation de confiance est un facteur capital de l'intervention auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. L'extrait suivant en témoigne bien :

Je pense que c'est beaucoup le lien qu'on va développer avec les jeunes. Tser, pour moi, le lien, c'est le numéro 1 là! [réfléchie] Comment on va établir un lien avec ces jeunes-là, en premier lieu... si notre lien est solide, je pense que l'expérience va être plus positive ! (Nathalie, travailleuse sociale)

Les jeunes apprécient avoir une relation basée sur le respect et l'écoute. La considération des émotions et l'écoute semblent être des facteurs grandement bénéfiques pour les jeunes de notre échantillon. Dans un contexte de suivi, l'ensemble des jeunes rencontré·es apprécient la relation positive établie avec l'intervenant·e – une relation qui est entre autres caractérisée par l'écoute, l'empathie, le respect et le non-jugement. Une telle approche empathique et personnalisée a également été nommée par les intervenant·es rencontré·es comme étant appréciée des jeunes. Du point de vue des intervenant·es de notre échantillon, les jeunes semblent avoir besoin d'être écouté·es et qu'on valide leurs émotions, et non qu'on leur propose tout de suite des solutions ou qu'on les encourage à prendre action. Selon Nathalie, l'écoute semble être importante afin que des jeunes puissent être à l'aise de parler de leur détresse et de développer un lien de confiance avec

l'autre.

Je pense qu'ils [les jeunes] ont besoin de parler de leur situation, et qu'ils ont besoin d'être validés beaucoup. Je pense que, souvent, leurs parents ont de la misère à les valider [rires], dans le sens où [...] ils ont parfois tendance à dire, comme : "T'sais arrête de penser à ça. Qu'est-ce que tu peux faire? T'sais, les mettre tout de suite vers des solutions. Comment tu vas faire? ". Moi je pense qu'ils [les jeunes] ont besoin de réfléchir à leur vie, à ce qui se passe en eux. (Nathalie, travailleuse sociale)

Les jeunes apprécient également une approche flexible et empathique, c'est-à-dire lorsque l'adulte adapte ses interventions en fonction de leurs besoins et qu'il est possible d'avoir une bonne communication avec l'autre, comme le souligne Gab :

Elle [TS du CLSC] est capable de s'adapter à la personne. Tser, de la première rencontre, elle agit différemment et elle voit ce qui marche le plus. Et de là, elle agit comme cela pour tout le long. Faque elle est capable de se mettre dans la peau, d'aller direct dans mon cerveau comme, je sais pas si ça se dit [rires]. Elle me comprenait! [...] C'était vraiment comme... elle écoute, elle prend des notes, elle essaie de chercher ce qui se passe. (Gab, 14 ans)

Cela traduit l'importance de la souplesse et de l'empathie des intervenant·es accompagnant les jeunes – des qualités qui ont un impact significatif sur l'établissement du lien de confiance ainsi que sur l'impression qu'ont les jeunes de bien se faire comprendre par l'adulte.

En contrepartie, il semble que le fait d'aborder les conduites suicidaires des jeunes ou leurs autres problématiques d'une manière qui peut sembler rigide, directe et teintée de jugement a un effet négatif considérable sur leur expérience avec les services. Par exemple, dans le cas de Gab, plutôt que de la rassurer, la façon de faire des intervenant·es a provoqué de fortes émotions, ce qui n'a pas été apprécié.

J'aurais voulu qu'ils [pédopsychiatre et TS] essaient de découvrir comment ça [tentative de suicide] s'est passé, mais plus... sans me *trigger* trop. Parce que, écoute, tu parles à un enfant qui a 10 ou 11 ans, qui a des traumatismes mentaux et tu lui demandes s'il le revivait, ça ferait quoi? [...] C'est trop direct. Vraiment, les pédopsychiatres et les gens à [l'hôpital psychiatrique], c'est les pires choses que j'ai jamais eues. (Gab, 14 ans)

Les résultats mettent en exergue l'importance de faire preuve de compréhension, d'écoute et de compassion lorsqu'on intervient auprès de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

Une approche qui est perçue par les jeunes comme étant rigide ou directe fait en sorte que des jeunes peuvent se sentir ni considéré·es ni respecté·es, ce qui nuit à la relation de confiance avec les professionnel·les de la santé ainsi qu'à l'expérience des jeunes avec les services.

Un second aspect important de la relation entre les jeunes et les intervenant·es qui les accompagnent est le caractère informel des interventions. Les jeunes apprécient une approche personnalisée, informelle et parfois même humoristique, ce qui a également été dénoté par les intervenant·es rencontré·es comme étant estimé par les jeunes. Il semble que les jeunes de notre échantillon apprécient davantage les interventions informelles, que l'on retrouve majoritairement dans les services de suivi en CLSC, dans les écoles ou les services communautaires, alors que les jeunes déplorent les interventions formelles, que l'on observe davantage dans les services offerts en centres hospitaliers. Pour les jeunes de notre échantillon, il semble que la formalité des interventions a des répercussions considérables sur le lien de confiance établi entre les jeunes et l'adulte qui les accompagne, ainsi que sur leur expérience avec les services. Par exemple, Catherine apprécie particulièrement le contexte d'intervention informel présent dans les maisons de jeunes, alors qu'elle peut faire des activités avec son intervenante.

Dans le même ordre d'idées, pour quelques jeunes ayant participé à l'étude, il est important qu'il y ait une relation égalitaire avec l'intervenant·e qui les accompagne, c'est-à-dire que le langage soit adapté aux jeunes et que les jeunes ne se sentent pas devant une personne en position d'autorité. Une jeune, Sophie, a dit apprécier que les rencontres avec son intervenante de suivi se font dans un bureau invitant, coloré et vivant. Elle trouve que cela est apaisant et diminue l'impression d'être dans une rencontre formelle, sérieuse:

Ce que j'ai trouvé vraiment bien, [...] elle [TS] n'était pas assise en arrière du bureau et toi assise sur la chaise en avant. Parce que, ça, inconsciemment, ça donne comme une supériorité et une forme de contrôle, d'intimidation sur la personne qui est assise. Les seuls moments que tu es dans une situation comme ça, c'est comme quand tu es avec le directeur, quand c'est une situation plus stressante. Être assis dans une salle et qu'une personne est assise derrière son bureau, c'est clair que c'est cette personne-là qui a l'autorité. Mais, elle, elle était assise sur une chaise devant moi et on était dans un espace calme, grand, ouvert, avec des plantes, et elle me parlait. [...] J'ai vraiment aimé l'ambiance avec elle. [...] C'était pas comme : "ah je dois vouvoyer, je dois faire attention à mes mots". [...]. C'était vraiment plus comme une amie que j'avais pas eue. (Sophie, 15 ans)

On peut donc observer que le contexte plus informel et égalitaire des interventions diminue le stress qui peut être associé aux interventions en lien avec les conduites suicidaires, ce qui a des effets bénéfiques pour les jeunes.

De surcroît, Catherine et Gab disent apprécier la proximité avec les intervenant·es qui les accompagnent, ce qui semble être principalement retrouvé dans les services offerts en maisons de jeunes. En effet, plusieurs jeunes rencontré·es ont mentionné avoir bénéficié de bons services de suivi au sein de maisons de jeunes en milieu communautaire et avoir développé des relations de confiance avec les intervenant·es y travaillant. La totalité des jeunes qui ont bénéficié de tels services disent apprécier la disponibilité presque constante des intervenant·es en cas de besoin, soit par messagerie texte ou par téléphone. Les jeunes aiment également pouvoir parler de toutes sortes de problématiques ou d'évènements de la vie quotidienne avec les intervenant·es de quartier, ce qui leur offre du soutien constant. Pour Catherine, l'intervenante de quartier était la seule personne à qui elle parlait de ses conduites suicidaires, et ce, même si elle bénéficiait de services de suivi en CLSC. Elle explique pouvoir rejoindre son intervenante communautaire quand elle veut et pouvoir toujours la voir lorsqu'elle se présente à la maison des jeunes, ce qui est apprécié :

On s'est échangé nos numéros de téléphone et quand ça va pas, je la [intervenante de quartier] texte et elle me texte ou elle m'appelle. Vu qu'elle est en travail de milieu, elle peut venir me voir aussi, on peut faire des choses ensemble! [...] Ouais [je peux l'appeler] pas mal 24/7. (Catherine, 14 ans)

On peut ainsi voir que la grande disponibilité des intervenant·es travaillant dans les maisons de jeunes est une caractéristique positive qui se démarque des autres types de suivis psychosociaux, qui sont plutôt réguliers au lieu d'être offerts au moment où les jeunes en ressentent le besoin. Bref, la proximité et le caractère informel des interventions offertes en maisons de jeunes sont appréciés des jeunes rencontré·es, ce qui témoigne des bénéfices d'une relation de confiance basée sur de telles caractéristiques.

Finalement, bien que les jeunes semblent apprécier une approche personnalisée, informelle et égalitaire, quelques jeunes disent apprécier recevoir de l'aide d'une personne perçue comme ayant une expertise, soit possédant les compétences professionnelles nécessaires pour les aider.

Voici un extrait d'un intervenant qui représente bien ce concept :

Ils [les jeunes] ont besoin que les gens puissent mettre un filet de sécurité, tser je pense que dans ces moments-là c'est important un peu de prendre le lead, d'être comme un leader. "Ça va pas, voici ce qu'on va faire! Tser, je vais t'écouter, mais il y a aussi certaines choses que tu dois faire pour que tu sois en sécurité". Je pense que, souvent, les jeunes ils apprécient ça quand même, parce que tser à 14 ans tu ne sais pas nécessairement toujours comment t'adapter face à cette situation-là [conduites suicidaires]. Quand les parents ne sont pas là là, qu'un adulte prenne le lead, ça les rassure beaucoup et ça fait comme : "OK, là je peux vraiment parler de mes problèmes en sachant que je suis en sécurité". (Mathieu, interne en psychologie)

Une approche rassurante qui témoigne de l'expertise est donc généralement appréciée des jeunes, considérant que cela les leur offre un sentiment de sécurité et suscite de l'espoir quant à l'amélioration de leur situation.

En contrepartie, les jeunes sont très critiques face à leurs relations tissées avec les professionnel·les de la santé en centres hospitaliers. Le contexte formel des centres hospitaliers semble avoir une influence négative sur la manière qu'ont les professionnel·les de la santé d'aborder les jeunes. Les jeunes de notre échantillon nomment ne pas apprécier être abordé·es de manière trop directe, autoritaire et peu flexible. Par exemple, Catherine n'a pas pu tisser de lien avec les professionnel·les lors de son hospitalisation en psychiatrie, étant donné le caractère autoritaire de la relation et son sentiment d'être incomprise.

On peut donc penser qu'il est important pour les jeunes de notre échantillon de se sentir entre de bonnes mains lorsque leur détresse est partagée, mais il est important que le lien avec les intervenant·es qui les accompagne ne soit pas autoritaire, directe ou trop formelle. Tout compte fait, il est évident que les jeunes rapportent une expérience plus positive avec les intervenant·es qui les accompagnent lorsque qu'un lien de confiance est établi et que l'attitude est empathique, respectueuse, égalitaire et rassurante.

6.3.2. L'implication de la famille dans les services pour les jeunes

Les relations entre la famille et les intervenant·es semblent exercer une influence positive sur l'expérience des jeunes en lien avec les services de suivi en lien avec leurs conduites suicidaires. La totalité des intervenant·es rencontré·es ont mentionné qu'il s'agit d'une composante

fondamentale de leur approche auprès des jeunes ayant des conduites suicidaires. L'implication de la famille dans le suivi semble amener un soutien considérable pour des jeunes, en plus de contrer leur sentiment de solitude face aux difficultés. Nathalie, travailleuse sociale, témoigne bien du point de vue des autres sujets sur les bienfaits de l'implication familiale :

Un manque de soutien de leur entourage, de leurs parents, tser de l'isolement, je pense que ça, ça peut nuire à... [l'expérience des jeunes avec les services]. Aussi, parfois, ça peut être une expérience plus négative s'il n'y a pas ça [soutien] à l'entour, s'ils [les jeunes] sont un peu laissés à eux-mêmes, puis tout seuls. Des fois, c'est dur de changer tout seul, à l'extérieur de ta famille, quand tu n'as pas de soutien.[...] Donc, la participation de leur famille, je pense que... tser avoir des parents qui se préoccupent et qui sont là, qui s'impliquent, je pense que c'est un facteur aussi qui fait en sorte que les jeunes peuvent se sentir appuyés. (Nathalie, travailleuse sociale)

Par ailleurs, pour plusieurs intervenant-es de notre échantillon, il est très difficile de ne pas impliquer les parents, considérant la notion de dangerosité associée au suicide et le fait que cela est essentiel au bon déroulement du suivi avec des jeunes ayant des conduites suicidaires. De manière générale, selon les sujets, l'implication des parents se fait plutôt facilement dans le cadre de suivi avec les jeunes, même si le ou la jeune démontre initialement de la réticence. Comme en témoignent les propos de Michèle, travailleuse sociale, l'implication de famille permet d'adresser des enjeux familiaux en lien avec les conduites suicidaires des jeunes :

Habituellement, le jeune va être favorable [pour impliquer sa famille dans le suivi], mais des fois, c'est le parent. Habituellement, il [le parent] veut être impliqué, mais des fois il ne veut pas non plus. Tu as des deux, je te dirais. Mais, on travaille habituellement fort. Et si ça ne se fait pas dans les deux premières rencontres, souvent ça finit par se faire un peu plus tard. Moi, je reviens tout le temps à la charge. [...] Ce que j'essaie de faire comprendre aux jeunes, c'est que quand c'est relationnel et qu'il y a des éléments par rapport à son bien-être qui sont extérieurs à lui... Moi, je leur dis toujours : "Moi, je ne peux pas te laisser porter ça tout seul. Ça ne t'appartient pas. Toi, tu ne seras pas capable de changer ça...". Je leur explique ma façon d'approcher les parents et habituellement, ils acceptent. (Michèle, travailleuse sociale)

Du point de vue des jeunes, une participante a mentionné l'apport positif de sa famille dans le suivi en lien avec ses conduites suicidaires. Sophie a expliqué qu'elle avait une relation conflictuelle avec sa mère et que son implication dans les services a eu des retombées positives sur sa relation avec elle.

Avant, on [elle et sa mère] avait plus de conflits souvent, mais là, maintenant ça s'est

réglé. T'sais ma mère, elle est allée faire de la thérapie avec la TS [du CLSC], et ça l'a aidé la situation. Donc là, on a quand même une bonne relation (Sophie, 15 ans).

Bien que peu de jeunes ont nommé l'implication de la famille comme un côté positif de leur expérience avec les services, aucun jeune n'a mentionné que cela avait été négatif. L'intervention familiale semble donc avoir des effets favorables pour des jeunes qui bénéficient d'un suivi, considérant que cela peut améliorer les relations parents-enfants, leur offrir du soutien, contrer leur solitude, en plus d'assurer l'établissement d'un filet de sécurité solide.

6.4. L'influence des structures sur l'expérience de soins

En plus des systèmes d'influence présents dans l'environnement proximal des jeunes, plusieurs structures systémiques ont des retombées sur leurs conduites suicidaires ainsi que sur leurs expériences avec les services psychosociaux et de santé en lien avec le suicide. On pense entre autres au contexte de soins, à l'accessibilité des services, ainsi qu'au travail en silo.

6.4.1. Le contexte de soins

Un des objectifs secondaires du projet de recherche est de mieux comprendre comment les services psychosociaux et de santé répondent aux besoins des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. En discutant avec les participant-es, on remarque des différences importantes entre l'expérience des jeunes avec les services hospitaliers et les services de suivi dans la communauté. Les résultats de notre étude démontrent que l'expérience des jeunes de notre échantillon avec les services varie en fonction du contexte de soins, c'est-à-dire qu'une expérience positive semble être plus souvent associée à des services de suivi psychosociaux, alors qu'une expérience plus négative semble être généralement liée aux services offerts en centres hospitaliers, particulièrement en psychiatrie.

Les jeunes ayant participé à l'étude affirment apprécier grandement les services de suivi psychosociaux, c'est-à-dire des services réguliers et fréquents avec un-e même intervenant-e, soit avec un travailleur social ou une travailleuse sociale, un ou une psychologue et même des intervenant-es en contexte scolaire ou communautaire. En fait, la totalité des jeunes rencontré-es ont rapporté avoir apprécié les services de suivi psychosociaux reçus en lien avec leurs conduites suicidaires et n'avoir rien à dire de négatif. L'aspect le plus souvent rapporté par les jeunes en lien

avec leur expérience avec ces services est la qualité du lien avec les intervenant·es qui les accompagnent ainsi que divers facteurs en lien avec la structure des services, tels que les modalités de services ou la réponse à leurs besoins.

En contrepartie, les jeunes de notre échantillon sont très critiques par rapport aux services reçus en centres hospitaliers, que ce soit dans les urgences ou dans les unités internes de psychiatrie. Quelques jeunes ont même mentionné n'avoir rien apprécié des services qui leur avaient été offerts pendant leur séjour en psychiatrie ni de la part des pédopsychiatres, ni de la part des travailleurs sociaux et des travailleuses sociales, ni de la part des autres intervenant·es de l'unité. Cette dépréciation des services offerts en centres hospitaliers que l'on observe chez des jeunes a également été nommée par l'ensemble des intervenant·es ayant participé à l'étude. Il semble que la manière autoritaire des professionnel·les de la santé d'aborder les conduites suicidaires des jeunes (c.f. section 6.3.1.) ainsi que les structures de soins expliqueraient leurs insatisfactions. On parle ici des mesures restrictives utilisées en centres hospitaliers, de l'écart entre les services offerts et les besoins des jeunes, ainsi que des modalités de services peu adaptés aux jeunes.

Par rapport à la structure de soins, les jeunes de notre échantillon nomment avoir l'impression d'être en prison lors d'un séjour en psychiatrie, de n'avoir aucune liberté et de ne pas avoir l'impression que les services les aident vraiment. Les mesures restrictives mises en place dans les centres hospitaliers représentent effectivement un facteur décrié par les jeunes rencontré·es. Ces mesures ont également été discutées par l'ensemble des intervenant·es ayant participé à l'étude, indiquant que les jeunes s'en plaignent souvent. On parle ici de mesures de contention qui sont imposées aux jeunes ayant des conduites suicidaires afin d'assurer leur sécurité. Les mesures les plus déplorées par les jeunes ayant participé à l'étude sont le plan de chambre, la surveillance accrue ainsi que les restrictions de contact avec les proches.

Tout d'abord, le plan de chambre est une mesure décriée par les jeunes de notre échantillon qui consiste à confiner le ou la jeune dans sa chambre, habituellement sans effets personnels et sous une surveillance constante par un intervenant·e dans le but d'assurer sa sécurité. Cette mesure semble être particulièrement déplorée par les jeunes étant donné le manque de liberté qui en résulte. Par exemple, Catherine a mentionné que, tout au long de son séjour en psychiatrie, elle a été placée

en plan de chambre. Elle mentionne n'avoir parlé avec aucun-e intervenant-e lors de son hospitalisation et n'avoir pu se confier à personne en lien avec ses conduites suicidaires. Catherine a eu le sentiment d'avoir été « enfermée » et d'avoir été privée de services qu'elle aurait aimé recevoir ou qui l'auraient aidé. L'extrait suivant explicite bien le regard des jeunes rencontrés face aux mesures restrictives utilisées en psychiatrie :

J'ai rien dit [aux intervenant-es]. Ils m'ont enfermée dans une chambre et ils m'ont laissée là. [...] J'ai rien fait et je suis restée dans ma chambre genre, tout le temps. Pendant une journée complète, pendant 24h, il fallait que je reste dans ma chambre. [...] Tser, tout est barré à [l'hôpital psychiatrique] et c'est plein d'intervenants, donc je vois pas le lien, je ne vois pas pourquoi ils nous embarrent dans une chambre. [...] Laisse-moi pas embarrée dans ma chambre à rien faire! [...] J'aurais voulu sortir et pouvoir continuer à faire mes choses, parce que rester enfermée, ça démontre que je suis comme en prison. Tser, tout est barré. On s'entend que [l'hôpital psychiatrique] a l'air d'une prison aussi! [rires] [...] J'avais un agent de sécurité qui me suivait partout, même jusqu'aux toilettes [hausse les sourcils]! [...] Non, mais ça *gosse* là! Tu t'en vas pisser, le gars est là, la porte est ouverte, t'as pas de vie privée! (Catherine, 14 ans)

À la lumière de cet extrait, on voit que Catherine trouve que l'hôpital psychiatrique ressemble physiquement à une prison, qu'il y a du contrôle, des portes barrées – une impression qui a été également nommée par une autre participante et qui semble être causée par la mise en place de mesures aussi restrictives perçues comme brimant la liberté des jeunes. De plus, plusieurs règles semblent être perçues comme ne faisant pas de sens, ce qui semble causer de l'incompréhension et de la frustration pour les jeunes de notre échantillon. On peut donc penser que des jeunes ne semblent pas comprendre le bien-fondé de ces mesures. Les intervenant-es ayant participé à l'étude nomment également que les mesures restrictives mises en place en centres hospitaliers peuvent engendrer chez des jeunes des sentiments de frustration, d'incompréhension et de punition qui nuisent à leur expérience comme en témoignent les propos d'une intervenante :

Certains [jeunes] qui sont vraiment en souffrance qui sont plus en arrêt d'agir, ils se sentent parfois punis d'avoir été là [hôpital psychiatrique], parce qu'il n'y a pas nécessairement un psychologue à qui parler, un travailleur social. [...] Ils sont retirés, ils ont pas accès à leur téléphone, ils n'ont pas accès à leur réseau. [...] Il y a des gens qui vont être hospitalisés à l'hôpital psychiatrique et ils sont mis en plan de chambre, surveillés. Ils ne sentent pas qu'il y a vraiment un réel changement. Souvent, ils reviennent et ils sont frustrés, ils n'ont pas compris le point. Il y en a qui sont comme : "Je suis en chambre, mais qu'est-ce que je fais ici? Je suis ici parce que je voulais m'enlever la vie? [...]". Ils vont voir le psychiatre... et c'est comme si c'était eux qui n'étaient pas corrects, mais il n'y a pas tant de services. (Victoria, psychologue)

Toutefois, une intervenante de notre échantillon a donné un point de vue nuancé par rapport à l'utilisation de mesures restrictives, plus particulièrement le plan de chambre. Nathalie, travailleuse sociale, explique que, bien que cela soit négatif pour plusieurs, quelques jeunes peuvent en tirer des bénéfices, étant donné que cela peut leur permettre de réfléchir et de prendre du recul sur leur situation. Selon elle, la manière avec laquelle les mesures restrictives sont présentées aux jeunes peut affecter leur perception et leur expérience avec les services.

En plus de mesures perçues brimant leur liberté, les jeunes de notre échantillon se plaignent des mesures restrictives qui limitent les contacts avec leurs proches – ce que les intervenant·es rencontré·es ont aussi corroboré en soutenant que ces mesures les coupent de leur réseau de soutien. Selon Gab, les mesures restrictives imposées lors d'un séjour en psychiatrie peuvent engendrer un sentiment de solitude important chez des jeunes. Dans l'extrait ci-dessous, la jeune dénonce particulièrement les restrictions en lien avec les contacts téléphoniques avec ses proches, qui étaient réservés exclusivement aux parents biologiques :

Je n'avais pas le droit de parler à mes sœurs. C'était juste les parents. Si quelqu'un m'appelait, je n'avais pas le droit de leur parler, sauf si c'était mes parents. [...] Mes sœurs veulent me parler et je n'ai pas le droit de leur parler. Mes grands-parents veulent me parler, je n'ai pas le droit de leur parler. [silence] Ma grande sœur, elle a toujours été là pour moi! Ça l'aurait été bien de lui parler un peu, juste un petit deux minutes... mais j'avais pas le droit. (Gab, 14 ans)

Bref, les jeunes ne semblent pas comprendre le sens et la pertinence de plusieurs mesures restrictives utilisées en centres hospitaliers comme le plan de chambre ou les restrictions en lien avec les contacts téléphoniques, ce qui entraîne un sentiment d'injustice et de frustration. On peut penser que cela pourrait être causé par une mauvaise explication des raisons sous-jacentes à la mise en place de telles mesures. Cela soulève des questionnements quant à la manière qu'ont les professionnel·les de présenter ces mesures et des répercussions possibles sur la perception des jeunes quant aux bénéfices potentiels des mesures utilisées en psychiatrie.

Dans un second ordre d'idées, les jeunes rencontré·es ont abordé l'effet des services reçus sur leurs conduites suicidaires. On parle ici du sentiment que les services ont réellement aidés, ou non, les jeunes – un effet qui semble dépendre de la réponse à leurs besoins. De manière générale,

les jeunes de notre échantillon nomment avoir l'impression que les services de suivi les aident davantage que les services offerts en centres hospitaliers. En fait, la totalité des jeunes interviewé·es ont affirmé que les services de suivi psychosociaux les ont réellement aidés, plus précisément en lien avec la gestion de leurs conduites suicidaires et la réduction de leur incidence, en plus de les aider en présence de comorbidité, comme des troubles anxieux ou des troubles alimentaires. Pour deux des trois jeunes rencontré·es, les services de suivi ont été aidants étant donné l'observation de changements concrets dans leurs comportements problématiques ou une diminution de leur détresse. Dans l'extrait suivant, Gab dénote son appréciation des services de suivi en CLSC en lien avec les changements observés quant à ses habitudes de vie :

Elle [TS du CLSC] a pas mal répondu à tous mes moments. Elle m'a montré un différent pattern de la vie, et là, j'avais arrêté de me mutiler pendant 7 mois. [...] Pendant 7 mois de temps, je ne me suis pas mutilée, grâce à elle. Parce qu'elle m'a montré un différent pattern de la vie. Mettons, mon vieux pattern : je fume de la drogue à tous les jours, je bois de l'alcool, je me mutile, je ne mange pas, je ne dors pas, je vais à l'école la moitié de la journée et je skip le reste. J'étais tout le temps comme ça. Maintenant, je fume une fois aux deux semaines, je bois de l'alcool occasionnellement, oui je fume la cigarette pour me calmer les nerfs à cause de mes problèmes de colère et d'anxiété [...] et là, mes cours, je vais à la majorité tser! [...]. Feque, vraiment, ça s'est arrangé. [...] Ç'a vraiment beaucoup changé! J'ai passé d'une fille qui se mutilait tous les jours, à une fille qui ne se mutile plus. (Gab, 14 ans)

Du point de vue des intervenant·es ayant participé à l'étude, les services sont réellement aidants pour les jeunes lorsqu'on leur offre un espace sécuritaire pour pouvoir réfléchir et discuter de leurs problématiques. Dans l'extrait suivant, Michèle, travailleuse sociale, démontre son point de vue sur l'effet des services de suivi pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires :

[C'est bénéfique pour les jeunes d'être en suivi] parce qu'ils [les jeunes] ont besoin de parler. Parce que ça les aide à relativiser les choses. Je trouve que ça revient à cet élément-là, parce que je trouve que, quand ils viennent dans les services, tser ça relativise les affaires. Dans le fond, ils ont une place où aller se déposer et souvent, ils ne se déposeront pas avec le parent, parce qu'ils ne veulent pas inquiéter leurs parents ou parce qu'ils ne se sentent pas écoutés ou pas compris. Donc, je pense que le rôle qu'on a, c'est la personne neutre qui peut dire des affaires que le parent dirait, mais que ça va être accepté de nous, mais pas des parents. Juste parce que c'est une relation qui est juste pour eux et c'est aidant parce qu'ils viennent se déposer et relativiser les choses, autant pour leur vie sociale que leur vie familiale. Feque je pense que c'est pour ça que ça devient plus positif. (Michèle, travailleuse sociale)

Selon les intervenant·es de notre échantillon, il existe donc plusieurs aspects positifs des services de suivi pour les jeunes qui les aident réellement, dont la mise en place d'un filet de sécurité, l'offre d'un endroit sécuritaire pour se confier, la relativisation de leurs problèmes, ainsi que du soutien. Toutefois, pour les jeunes, cela semble être légèrement différent. Ils et elles ont l'impression que l'écoute les aide grandement, mais l'effet des services de suivi semble être aussi associée à l'observation de changements concrets en lien avec leurs conduites suicidaires ou leurs autres difficultés, comme la consommation de drogues et d'alcool, l'alimentation, le sommeil, etc. On constate donc que le point de vue des jeunes rencontré·es quant à ce qui est perçu comme étant bénéfique diffère légèrement de celui des intervenant·es, ce qui soulève des questionnements quant aux objectifs poursuivis en contexte de suivi à prioriser afin que les jeunes se sentent réellement aidé.

Par ailleurs, plusieurs jeunes ayant participé à l'étude ont mentionné que les services offerts en centres hospitaliers n'ont pas été aidants, étant donné notamment le manque de contacts ou d'interactions significatives avec les professionnel·les de la santé. L'ensemble des jeunes rencontré·es ayant bénéficié de soins psychiatriques ont mentionné avoir eu peu d'interactions avec les personnes travaillant au sein des unités psychiatriques, ce qui leur donnait l'impression de ne pas avoir obtenu de solution concrète à leur problème. Quelques jeunes ont même mentionné avoir eu des contacts avec les professionnel·les de la santé uniquement lors de leur arrivée et lors de la fin de leur hospitalisation, ce qui était perçu comme insuffisant. Voici un extrait de Catherine qui représente bien le point de vue des jeunes à ce sujet :

Tu es à [l'hôpital psychiatrique], l'idée d'aller là, c'est de te changer les idées, qu'ils [les professionnel·les de la santé] apprennent à plus te connaître et qu'ils trouvent des solutions pour pas que ça réarrive que tu te fasses du mal. Mais tout ce qu'ils te donnent, au bout de la ligne, c'est genre soit des médicaments ou, sont comme : "Bin... tu restes là, tu ne bouges pas et tu attends que le temps passe". Mais attendre que le temps passe, c'est loin de ce qui va t'aider! (Catherine, 14 ans)

Cela amène à se questionner sur la disponibilité des professionnel·les de la santé ainsi que sur les services qui sont réellement offerts aux jeunes lors d'un séjour en psychiatrie pour des conduites suicidaires – des services qui semblent être inadéquats par rapport aux besoins des jeunes. Des propos similaires ont été rapportés par les intervenant·es de notre échantillon, qui ont affirmé que des jeunes se plaignent que les hospitalisations psychiatriques sont peu aidantes, étant

donné la présence d'un arrêt d'agir et par l'absence d'interventions concrètes en lien avec les conduites suicidaires des jeunes. L'extrait suivant de Victoria, psychologue, représente bien le point de vue des sujets à cet effet :

Pour l'instant, ça fait déjà un moment, il n'y a pas d'intervention [à l'hôpital psychiatrique], donc ils [les jeunes] sont juste *parkés* et ils attendent. [...] J'en ai une [jeune] qui est allée, il y a deux semaines, et elle avait la COVID et elle est restée en chambre. Quand elle n'a plus eu la COVID, elle n'avait plus ses idées suicidaires, donc elle est sortie. Donc, oui, c'est positif, parce qu'elle est encore en vie, mais je ne peux pas dire qu'elle a vraiment cheminé par rapport à ça [conduites suicidaires]. [...] Assurément, il devrait avoir plus de services quand ils sont hospitalisés par rapport à ça. Pas juste qu'on s'assure qu'ils ne meurent pas... (Victoria, psychologue)

Cet extrait témoigne non seulement l'arrêt d'agir de jeunes lors de leur séjour en psychiatrie, mais également leur isolement étant donné les mesures sanitaires mises en place en lien avec la COVID-19 qui restreignent les contacts avec leurs pairs ou même les professionnel·les de la santé pendant l'hospitalisation. L'isolement semble affecter négativement l'expérience des jeunes avec les services. Cela soulève des questionnements quant aux interventions qui sont offertes lors d'une hospitalisation, considérant que, pour les jeunes de notre échantillon, cela constitue souvent leur premier épisode de services en lien avec le suicide et modèle leur expérience ultérieure. On peut penser que les interventions peuvent parfois être trop brèves pour répondre adéquatement aux besoins des jeunes.

En dernier lieu, une autre influence notable des structures de soins sur l'expérience des jeunes de notre échantillon avec les services psychosociaux et de santé est les modalités d'intervention – des façons d'intervenir qui ne semblent pas adaptées aux réalités et aux besoins des jeunes. On pense entre autres à la fréquence des contacts avec les jeunes ou même des outils de communication utilisés. Les jeunes rencontré·es apprécient les interventions dans les suivis psychosociaux, c'est-à-dire des rencontres régulières et fréquentes, ce qui semblent donner un sentiment routinier sécuritaire pour des jeunes. L'extrait suivant explicite bien le point de vue des jeunes de notre échantillon à ce sujet :

J'ai aimé que j'avais des rencontres aux semaines [avec la TS au CLSC]. C'était plus facile et j'avais toujours une rencontre fixe et je pouvais changer ma rencontre s'il avait quoi que ce soit. (Catherine, 14 ans).

Toutefois, les jeunes ayant participé à l'étude affirment ne pas apprécier les services d'aide téléphoniques. Les intervenant-es de notre échantillon abondent dans le même sens. Les jeunes recommandent ainsi d'offrir davantage de services d'intervention par messagerie texte et en personne. Par exemple, Sophie dit aimer particulièrement les services offerts par messagerie texte, comme ceux offerts par l'organisme Tel-Jeunes. Un intervenant, Mathieu, a également dénoté que les services offerts par messagerie texte constituent une force des services pour les jeunes contribuant à la réponse à leurs besoins. Pour les jeunes rencontré-es, l'utilisation des textos semble être une modalité permettant de les rejoindre plus facilement et d'établir un contact avec eux et elles, en plus de créer un contexte d'intervention qui leur est plus habituel. L'extrait suivant illustre bien le point de vue des jeunes à ce sujet:

Tel-Jeunes, c'est ça qui est cool, c'est qu'ils ont les textos, le téléphone et le clavardage en ligne. Ça, je trouve ça vraiment vraiment bien! Il n'y a pas beaucoup de personnes qui s'appellent, c'est vraiment plus les textos, ben pour les gens de mon âge. Quand c'est textos, on dirait que c'est plus personnalisé que par appel, vu qu'on est tellement habitués que ce soit par textos. J'ai déjà essayé [les services] par textos et ça avait super bien marché! (Sophie, 15 ans)

Cet extrait témoigne que l'utilisation de la messagerie texte semble être une modalité de services plus adaptée au mode de vie des jeunes et à leurs habitudes, considérant que cela constitue le principal moyen de communication utilisé par les jeunes d'aujourd'hui.

D'autre part, quelques jeunes de notre échantillon ont expliqué avoir bénéficié de services de suivi en vidéoconférence, étant donné le contexte pandémique de la COVID-19, ce qui n'a pas été apprécié. Quelques jeunes apprécient davantage les services offerts en personne et suggèrent d'offrir plus de services dans cette modalité afin de mieux répondre à leurs besoins. De fait, Catherine explique qu'elle avait de la difficulté à se concentrer lors de ses rencontres de suivi en ligne et qu'elle en retirait moins de bénéfices, comparativement à des rencontres en personne avec son intervenante, tel qu'illustré dans l'extrait suivant.

Les services sont mille fois mieux quand t'es face à face avec quelqu'un, parce que c'est vraiment plus personnel. C'est vraiment plus simple de s'ouvrir à une personne qui est devant toi, et elle est là, ça fait 10 fois que tu la vois cette personne-là, et que tu sais que tu peux lui faire confiance. C'est mille fois plus facile de se confier à une personne en vraie vie qu'à un téléphone. Un téléphone, tu peux dire : "Ah, je me sens pas bien!", mais c'est comme si tu te parlais à toi même. Parce qu'il n'y a personne, tu as aucun

contact humain. (Sophie, 15 ans)

L'offre de services en face à face peut ainsi faciliter un contact plus personnalisé avec l'adulte et l'établissement d'un lien de confiance, des facteurs contribuant à la réponse aux besoins ainsi qu'à une expérience plus positive pour des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

En dernier lieu, les jeunes et les intervenant-es ayant participé au projet de recherche ont recommandé une plus grande utilisation des groupes de discussion. De manière intéressante, une jeune participante ayant bénéficié de groupes de soutien au CLSC dans le passé préférerait que les établissements privilégient des moyens pour préserver davantage l'anonymat des jeunes, considérant notamment l'utilisation croissante des réseaux sociaux qui augmente leur visibilité. Dans l'extrait ci-dessous, Gab explique que des groupes de discussion pourraient être offerts en modalité virtuelle afin que les jeunes puissent s'abstenir de nommer leur nom ou de montrer leur visage :

Ça serait plus comme un programme anonyme, comme à l'école ou quelque chose de même, que tu peux te présenter sous une différente identité sans que la personne sache réellement qui tu es. Dans une place différente, comme ça vous vous croisez jamais. [...] Tser dans les centres de réadaptation, il y a comme des chaises en cercle et tu parles de tes problèmes. Ça serait quelque chose de même, mais via Teams. Tu te crées un compte différent du tien et tu te connectes comme ça personne sait qui tu es, tu n'as pas besoin d'ouvrir ta caméra. Tu fais juste parler. En plus, il a d'autres personnes, et on peut se donner des conseils entre nous autres, pour nous aider entre nous. [...] Il y a un groupe avec le CLSC, c'est anonyme, mais c'est en personne. Moi, tout le monde me connaît. [...] Surtout avec *TikTok*⁴ et tout ça, tout le monde sait t'es qui... (Gab, 14 ans)

Du point de vue des intervenant-es de notre échantillon, les groupes de discussion permettraient aux jeunes de contrer leur isolement et de leur permettre d'apprendre de leurs pairs vivant des problématiques similaires. Dans l'extrait suivant, Victoria, psychologue, illustre cette idée :

Moi, je pense que ça [les services] pourrait être amélioré, assurément. Dans le sens qu'il n'y a pas assez de groupes en ce moment. C'est une période où les jeunes peuvent se normaliser en regardant, en se comparant, en ayant des modèles. Je pense que d'avoir

⁴ *TikTok* est une application mobile de partage de courts vidéos et de réseautage qui est très populaire auprès des jeunes.

des groupes, de voir qu'il y a d'autres mondes qui pensent comme eux autres... [...] la force du groupe pourrait vraiment donner un *boost* aux jeunes et un sentiment d'appartenance. Souvent, ça manque chez ces jeunes-là! (Victoria, psychologue)

Les services offerts par textos, en personne ou sous format de groupes sont donc plus appréciés des jeunes que les services offerts par téléphone ou par vidéoconférence, étant donné que cela permet de mieux les rejoindre, de contrer leur isolement et d'offrir des services qui sont plus adaptés à leurs besoins. Les jeunes souhaitent préserver leur anonymat. Les services offerts présentement aux jeunes ayant des conduites suicidaires semblent offrir des modalités qui ne répondent pas toujours à leurs besoins.

Tout compte fait, le contexte de soins semble avoir une grande influence sur l'expérience des jeunes ayant participé à l'étude en lien avec les services ainsi que la réponse à leurs besoins, notamment en ce qui concerne le type de service offert, la modalité utilisée ainsi que l'effet des services sur les jeunes. Afin que les jeunes aient l'impression que les services en lien avec leurs conduites suicidaires les aident réellement, il semble être important de leur offrir de l'écoute, de les aider à apporter des changements concrets dans leur vie, de miser sur le contact avec les intervenant-es qui les accompagnent ainsi que de limiter l'utilisation de mesures restrictives qui leur amènent de la frustration. Il est important d'adapter les interventions en fonction de leurs besoins.

6.4.2. L'accessibilité des services

L'accès aux services de santé et aux services sociaux paraît être un élément important pour les jeunes de notre échantillon. Plus particulièrement, des éléments pertinents ont été décelés en lien avec la difficulté des jeunes à recevoir de l'aide en temps opportun ainsi que les délais d'attente pour des services en lien avec le suicide.

Deux des trois jeunes ayant participé à l'étude disent avoir éprouvé des difficultés pour accéder aux services et recevoir de l'aide rapidement, spécifiquement lors d'une crise suicidaire ou en cas de risque suicidaire élevé, ce qui constitue un facteur considérable permettant d'expliquer leur expérience négative avec les services psychosociaux et de santé au Québec. L'histoire d'une jeune participante en témoigne de façon éloquente. Lors d'une crise suicidaire, Sophie a décidé de

« donner une chance au système » et de contacter le 811-Info Social afin d'éviter un passage à l'acte suicidaire. Elle considérait que d'appeler était sa « dernière chance », étant donné qu'elle a tenté désespérément de recevoir de l'aide à la dernière minute avant de passer à l'acte. Sophie était en crise suicidaire et avait besoin d'aide rapidement afin d'éviter une tentative de suicide. La jeune n'a toutefois pas obtenu de réponse de la part du service d'aide, et ce, après quatre tentatives d'appels et plusieurs minutes d'attente. Elle explique avoir vécu une grande déception envers les services et affirme ne pas avoir passé à l'acte seulement parce que son frère est venu la sauver. La jeune rapporte que cette situation représente pour elle ce qu'elle déplore le plus des services qu'elle a reçu en lien avec ses conduites suicidaires. Voici un extrait qui représente bien la situation vécue par la participante :

J'ai appelé le 811, honnêtement, minimum quatre fois et personne n'a répondu. Je restais en attente et ils me disaient d'aller voir le site web [rires], peut-être qu'il aura des réponses à mes questions. [...] Je me disais [souponne] : "Je ne veux pas aller sur le site web, je suis en train de t'appeler pour une raison et ce n'est pas sur le site web que ça va m'aider!". Ça m'avait tellement énervée sur le moment! J'étais déçue... [souponne] [...] Dernièrement, je me disais qu'on n'arrête pas de nous dire qu'on est importants, et que si on a besoin d'aide, qu'on est là pour nous. Wow ! [silence] Toutes ces paroles-là, pour rien... parce que personne ne m'avait répondu... Je trouvais ça juste vraiment décevant. [...] Et c'est imminent! Quand tu es dans cette position-là [crise suicidaire], que pas tout le monde peut comprendre, que tu n'as plus envie de vivre, toutes les secondes comptent! Les secondes que tu es au téléphone et que tu attends... [réfléchie] Moi, j'ai eu la motivation d'attendre et de faire les quatre appels [au 811], mais, je te garantis pas que tout le monde qui est dans ces idées-là aurait la patience d'attendre quatre appels pour recevoir de l'aide. [...] Je suis sûr qu'il y en a plein [de jeunes] qui se sont retrouvés dans cette situation-là et qu'ils n'ont pas eu la chance d'avoir quelque chose à quoi s'accrocher. [...] Quatre fois, j'ai essayé d'appeler [au 811]. [...] Je cherchais quelqu'un à qui parler, [...] j'ai même pas réussi à parler à quelqu'un. [...] Ça faisait juste... pas de sens. Une fois que je n'ai pas eu de réponse [de la part du 811], je me suis refermée sur moi-même [...]. Je n'avais plus rien. (Sophie, 15 ans)

Cet extrait est évocateur quant à la frustration et à la déception que peuvent ressentir des jeunes face à l'accès difficile aux services d'aide en lien avec le suicide, considérant leur grand désir de recevoir de l'aide au moment de la crise. Selon la jeune, ces difficultés d'accès aux services en cas de crise suicidaire pourraient même constituer un facteur précipitant de passage à l'acte pour quelques jeunes. L'expérience vécue par Sophie témoigne d'un problème majeur dans l'offre de services en temps opportun pour les jeunes en situation de crise. Cela semble pouvoir prendre plusieurs minutes, voir des heures avant qu'un ou qu'une jeune voulant s'enlever la vie puisse

recevoir de l'aide ou simplement une oreille à qui se confier en cas de situation de crise. Ces limites de disponibilité des services affectent non seulement le risque de suicide des jeunes, mais également leur sentiment de confiance envers les services d'aide. Cela témoigne donc de l'importance de l'accessibilité des soins dans l'expérience des jeunes ayant des conduites suicidaires avec les services psychosociaux et de santé.

Par ailleurs, le problème d'accès aux services évoqué par les jeunes de notre échantillon concerne le plus souvent les longues listes d'attente pour des services de suivi psychosociaux. La presque totalité des jeunes interviewé-es qui ont reçu des services de suivis à long terme au CLSC ont dénoncé le manque de continuité des services et la fin abrupte des services, parce que leur intervenant-e du CLSC quittait pour un congé de maladie ou de maternité. Ce que les jeunes déplorent est le fait qu'aucune autre personne ne leur a été attribuée afin de continuer le suivi, ce qui a fait en sorte que leur demande est tombée dans une liste d'attente et qu'aucun suivi n'a été offert par la suite. L'histoire de Catherine témoigne bien de cette problématique. Dans l'extrait ci-dessous, elle explique sa déception quant au manque de continuité des services au CLSC et aux longues listes d'attente afin de recevoir des services :

C'est certain qu'après un congé, elles [TS du CLSC] auraient pu se planifier une autre intervenante pour moi, mais le réseau de la santé n'est pas comme ça. [...] Je la [TS] voyais aux semaines et, un moment donné, elle n'était plus là, elle ne répondait plus à mes courriels, elle ne répondait plus à mes appels. [...] Donc là, je suis passée de suivre une TS à toutes les semaines, à ne plus en avoir pantoute. [...] Je suis tombée sur une liste d'attente. Quatre mois après, j'ai eu une nouvelle TS. Elle a été là pendant deux mois de temps et, après, elle est tombée en congé de maternité. [soupon] C'est sûr que je trouve ça plate, parce que là, encore maintenant, depuis [5 mois] je suis sur une liste d'attente et je n'ai pas d'aide de personne. Je me retrouve encore toute seule, sans aide, sans rien. [...] Avec les TS, on travaillait beaucoup pour gérer mon anxiété et tout ça. On parlait de comment on pouvait gérer mon anxiété sans prendre de médicaments. Mais là, vu qu'elles sont parties les deux, on dirait que mon anxiété est élevée, donc là je suis obligée de prendre des médicaments pour le stress, parce que sinon ça ne part pas. (Catherine, 14 ans)

On peut donc voir que le manque de continuité des services, tel que démontré par l'histoire de Catherine, semble exacerber le sentiment de solitude, de déception et d'abandon que les listes d'attente peuvent engendrer chez les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. La jeune parle même du fait que ses difficultés ont été exacerbées par la fin subite de ses suivis, ce qui témoigne des impacts considérables du manque de continuité et des listes d'attente pour des jeunes.

En outre, la totalité des jeunes de notre échantillon ayant été hospitalisé·es en psychiatrie ont mentionné ne pas avoir eu de rencontre de suivi avec les professionnel·les de l'hôpital à la suite de leur séjour en psychiatrie en attendant d'être pris en charge par les services de suivi psychosociaux au CLSC. Ce manque de continuité entre les différents services peut également augmenter la frustration des jeunes en lien avec les délais d'attente. Prenons par exemple un jeune qui obtient son congé de l'hôpital psychiatrique et qui met plusieurs mois avant d'obtenir un suivi. Le fait de ne plus avoir de contacts avec les professionnel·les de l'hôpital pourrait faire en sorte qu'il se sente abandonné par les services, étant donné l'absence de prise en charge, ce qui pourrait par le fait même augmenter ses chances de récurrences et d'aggravation de conduites suicidaires. De tels résultats mettent donc en exergue toute l'importance que de la continuité des soins pour des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

Dans le même ordre d'idées, les listes d'attente pour des services spécialisés, comme des services pour les jeunes ayant des conduites suicidaires en CLSC, semblent généralement très longues. C'est une problématique qui a été déplorée par la majorité des jeunes et des intervenant·es ayant participé à l'étude. Plusieurs jeunes ont mentionné avoir attendu plusieurs mois, voir plusieurs années avant de recevoir de l'aide en lien avec le suicide. Dans le cas de Gab, par exemple, ses parents ont fait une demande d'aide alors qu'elle n'avait que cinq ans et ils ont reçu des nouvelles seulement des années plus tard. Voici un extrait qui représente bien son expérience :

Je n'ai pas eu l'aide que j'avais besoin quand j'étais plus jeune. On avait appelé le CLSC quand j'avais 5 ans, parce qu'ils [parents] voyaient que je n'allais pas bien. On a eu des nouvelles quand j'étais en 6e année! Tser, j'étais rendue à 10-11 ans... c'est des années plus tard! (Gab, 14 ans)

L'histoire de Catherine est également intéressante. Avant de recevoir des services en CLSC, elle a été hospitalisée en psychiatrie à la suite d'une crise suicidaire avec plan et intention de passage à l'acte. Bien que la jeune n'ait pas apprécié son expérience en centre hospitalier, elle mentionne que le seul point positif qu'elle en a ressorti est la référence d'urgence vers les services en santé mentale au CLSC, tel qu'illustré dans l'extrait suivant : « C'était positif [l'hospitalisation en psychiatrie], parce qu'après, j'ai pu avoir de l'aide. Ça faisait trois ans que j'étais sur une liste d'attente pour le CLSC et il n'avait rien qui bougeait. » (Catherine, 14 ans). Cet extrait met en

lumière le fait que l'hospitalisation en psychiatrie peut être une porte d'entrée facile pour des services de suivi psychosociaux à l'externe pour des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. En ce sens, la totalité des intervenant·es rencontré·es ont mentionné que les urgences ainsi que les hôpitaux psychiatriques constituent des référents principaux pour les services de suivi psychosociaux offerts en CLSC pour les jeunes ayant des conduites suicidaires. Cela donne l'impression que des jeunes ont seulement accès à des services de suivi spécialisés rapidement s'il y a eu une tentative de suicide. Ceci est un bon exemple de l'orientation des services psychosociaux et des soins de santé au Québec, qui sont axés sur le curatif, plutôt que sur la prévention des problématiques.

Du point de vue des intervenant·es de notre échantillon, la problématique des listes d'attente en CLSC suscite un sentiment d'inconfort. L'extrait suivant de Nathalie, travailleuse sociale, met en exergue que des jeunes inscrit·es sur les listes d'attentes vivent avec une grande souffrance et que les mécanismes actuels pourraient permettre au système d'échapper des jeunes à risque de suicide.

Je pense qu'il y a une différence où est-ce que des jeunes très très à risque, ils vont être référés quand même assez vite. Ce que je trouve dommage, c'est que c'est souvent, comme dans tout, c'est ceux qui crient le plus fort, qu'on entend le plus! [...] Je trouve qu'il y a comme une injustice. Les jeunes qui gardent ça pour eux, qui sont plus introvertis, qui ne vont pas le dire à leur famille, qui ne vont pas le dire à l'école, mais qui vont vivre avec ça [conduites suicidaires], on les entend moins, mais ce n'est pas ceux qui sont le moins à risque non plus. Mais, c'est eux qui trainent le plus longtemps, probablement, sur des listes d'attente. C'est comme si, quand tu vas à l'urgence ou que tu vas à [l'hôpital psychiatrique], tu vas avoir des services rapidement. [...] Je trouve ça triste de penser qu'il y a des jeunes qui sont sur des listes d'attente, parce que, eux autres, ils sont introvertis et qu'ils ne vont pas le nommer haut et fort ce qui se passe dans leurs vies. J'essaie de ne pas y penser, à la liste d'attente! Moi, je me dis que ça m'appartient pas... [soupire] Je peux pas... je peux pas penser à ça... (Nathalie, travailleuse sociale)

Cet extrait explicite un point de vue intéressant et soulève des questionnements quant à la capacité des services à déceler le risque suicidaire des jeunes, indépendamment de la manière par laquelle cela se présente. Ce passage met également en lumière le fardeau qui peut être ressenti par les professionnel·les de la santé en lien avec la pression des listes d'attente pour les jeunes.

De plus, dans l'extrait ci-dessous, Mathieu témoigne de l'importance de répondre aux

besoins des jeunes en temps opportun, soit dès qu'ils se présentent :

Les jeunes ont besoin d'aide tout de suite. Ç'a été, je pense, le plus gros enjeu que j'ai vu. Ils demandent de l'aide, il n'en a pas. J'ai une jeune par exemple, que j'ai envoyée à l'hôpital pour une hospitalisation pour qu'elle puisse voir un pédopsychiatre pour avoir de l'aide. Il y avait trois semaines d'attente... Ça veut dire qu'il aurait fallu qu'elle reste trois semaines isolée dans sa chambre à l'urgence avant de voir quelqu'un qui puisse l'aider. Oui, moi j'étais là, mais elle avait besoin de plus. [soupon] [...] Sur le coup, excuse-moi mon expression, mais ça m'a mis en criss! [...] J'ai été fâché pour elle, parce qu'elle en avait vraiment besoin. Après, j'ai été fâché pour moi, parce que je me disais : "Comment je peux aider cette jeune-là si on n'a pas l'aide qu'on a besoin dans le dossier?". Ça l'a été, je pense, une grande déception. [...] Tser, j'ai plein de jeunes, ils ont fait une tentative de suicide en décembre et, moi, je les ai vus en septembre après. Pour moi, c'est incompréhensible! [...] Ce n'est pas normal que tu attendes six ou huit mois pour des services en lien avec des idées suicidaires... Tu as le temps de te suicider 30 fois pendant ce temps-là! [soupon]. (Mathieu, interne en psychologie)

On réalise donc qu'il est difficile pour des jeunes en crise suicidaire de recevoir de l'aide spécialisée rapidement, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé mentale et sur la réponse à leurs besoins. Les longues listes d'attente font en sorte que des jeunes ne reçoivent pas de services alors qu'ils et qu'elles sont souvent isolé-es, ce qui semble amplifier leur solitude et créer de la frustration autant chez les jeunes de notre échantillon que chez les intervenant-es qui les accompagnent. Les difficultés reliées à l'accessibilité des services ont donc une influence notable sur l'expérience des jeunes ainsi que sur leur détresse.

6.4.3. Le travail en silo – une structure contre-productive

Les résultats de notre étude indiquent que le réseau de la santé et des services sociaux du Québec offre des services qui se font en silo, ce qui a été déploré par l'ensemble des intervenant-es rencontré-es qui indiquent qu'une telle structure de services donne place à peu de collaboration et de concertation entre les différentes professions. Selon les sujets, cela crée une séparation du travail et, par le fait même, des épisodes de services plus longs et moins complets pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Les intervenant-es de notre échantillon recommande de miser davantage sur l'intervention interdisciplinaire, tel qu'illustré dans l'extrait suivant qui représente bien le point de vue de l'ensemble des sujets :

Un des gros problèmes, c'est le travail en silo. [...] Dans le fond, le jeune il passe d'un service à un autre au lieu de collaborer dans nos services. C'est assez déplorable. [...]

Moi, je pense qu'on gagnerait énormément à travailler dès le départ avec deux ou trois professionnels. [...] Par exemple, il y a des psychologues, il y a des TS, il y a des psychoéducatrices, il y a des techniciens et, selon ce qui est évalué au départ, on va aller chercher nos alliés selon les besoins et ce qu'il faut travailler, en même temps. [...] C'est ça qui serait l'idéal! Peut-être qu'un jour on va voir ça! Bin avant c'était comme ça. [...] On faisait de la co-intervention. Là, oublie ça! On est tellement loin de ça, mais c'était tellement plus rapide, plus efficace! [...] Ça l'avait plein plein plein de bénéfiques, autant pour la famille que pour les intervenants! (Michèle, travailleuse sociale)

Cet extrait met en lumière l'importance de l'intervention interdisciplinaire afin d'offrir des services plus complets aux jeunes ayant des conduites suicidaires et à leurs familles. Selon Mathieu, interne en psychologie, l'intervention interdisciplinaire permet également de mieux répondre aux besoins des jeunes en travaillant plus en profondeur les enjeux qui sous-tendent leurs conduites suicidaires.

Je pense que ça [l'intervention interdisciplinaire] permettrait de se concentrer davantage sur la réelle problématique. Je l'ai vécu cette année et [...] oui, on parlait de suicide, mais il y a eu beaucoup de crises, de l'intervention de crise un peu quotidienne, des gestions de crises du quotidien. Ça faisait qu'on n'a pas pu tout travailler. [...] Donc d'avoir plusieurs intervenants, ça m'aurait peut-être permis de, par exemple dans le cas où j'ai le jeune, d'aider le jeune, que la travailleuse sociale ou une autre personne travaille avec la famille pour les aider et qu'on puisse faire des interventions familiales ou qu'on se mette tous ensemble pour faire des changements directs. Je pense qu'on aurait eu beaucoup plus d'impacts comme ça et on aurait pu travailler les enjeux de fond au lieu de juste régler crise par-dessus crise. [...] Je pense que, souvent, les dossiers au niveau des tentatives de suicide et des idées suicidaires, ça demande d'être plus, d'avoir une équipe autour de toi! Je pense pas qu'un psychologue peut se retrouver seul avec un cas d'idées suicidaires. (Mathieu, interne en psychologie)

Selon les intervenant·es. interviewé·es, la composition interdisciplinaire des équipes permet d'offrir des interventions complémentaires aux jeunes, ce qui peut favoriser leur progrès thérapeutique, et ce, tout en facilitant la tâche des professionnel·les de la santé. Selon les participant·es, cela permettrait également la différenciation des tâches, c'est-à-dire que, par exemple, ce ne serait pas la même personne qui serait responsable de l'intervention familiale et de l'intervention individuelle avec le ou la jeune, ce qui faciliterait l'établissement du lien de confiance. Il a également été nommé que miser sur l'intervention interdisciplinaire permettrait le développement professionnel des intervenant·es, c'est-à-dire de développer davantage leurs apprentissages en collaborant avec des personnes ayant différentes expertises, étant donné le

partage de tâches et de savoirs. Les intervenant·es de notre échantillon croient que cela permettrait également de limiter les transferts de dossier et de permettre aux personnes de rester impliquées dans les suivis, ce qui pourrait augmenter le sentiment d'accomplissement des professionnel·les, raccourcir la durée des suivis et réduire la longueur des listes d'attente pour des services pour les jeunes.

En définitive, les résultats de la présente étude indiquent que les structures à la base des services offerts aux jeunes ayant des conduites suicidaires, en passant de l'accessibilité des soins à l'organisation du travail, ont une influence notable sur l'expérience des jeunes avec les services ainsi que sur leurs conduites suicidaires.

6.5. L'influence de la société sur les conduites suicidaires des jeunes

Finalement, divers éléments du macrosystème influencent des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, principalement lorsqu'on considère le poids de la stigmatisation et de la prévention dans une telle problématique sociale.

6.5.1. La stigmatisation entourant le suicide

Les entretiens réalisés dans le cadre de la présente étude ont permis de mettre en lumière les effets de la stigmatisation sur des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, notamment sur leur solitude ainsi que leur capacité à demander de l'aide.

Premièrement, les propos des jeunes rencontré·es mettent en évidence la présence de tabous quant à leur détresse, leurs problèmes de santé mentale et leurs conduites suicidaires, ce qui peut engendrer de la stigmatisation. On peut penser que la solitude profonde vécue par les jeunes de notre échantillon peut être accentuée par cette stigmatisation personnelle et sociale en lien avec le suicide. Quelques jeunes ayant participé à l'étude ont eu des propos indiquant une perception des conduites suicidaires comme un fardeau pour les proches, une faiblesse ou simplement quelque chose d'incorrect. Prenons par exemple, Sophie, qui ne parle pas de ses conduites suicidaires à ses ami·es ayant peur d'être un fardeau ou même Gab qui s'isole ayant peur de se faire punir si sa détresse était partagée. Gab avait également peur qu'en parlant de sa détresse, les gens de son entourage réagissent mal ou croient que cela représente seulement une recherche d'attention. Ces perceptions teintées de jugement font en sorte que des jeunes ne demandent pas d'aide

professionnelle, ne voyant pas d'autre option que de vivre leur détresse par eux-mêmes et elles-mêmes, sans l'aide de personne.

Les effets de la stigmatisation sur l'offre de services aux jeunes ont été également dénotés par Mathieu, pour qui le poids de la stigmatisation envers les conduites suicidaires des jeunes se fait principalement sentir dans la manière qu'ont les professionnels d'aborder le phénomène. Cet intervenant affirme que ce genre d'approche teintée de jugement et de stigmatisation est principalement utilisée en centres hospitaliers :

J'ai l'impression que ce qui est négatif, c'est...la compréhension des problématiques. [réfléchi] Je pense que, souvent, on stigmatise rapidement. [...] Je pense qu'au niveau des urgences et du premier contact souvent que les jeunes font [...] avec le 811 ou les urgences, je pense que c'est complètement inadapté ce qui se passe là! [...] Je pense pas que le premier commentaire qu'ils ont besoin de se faire dire, c'est qu'on leur place une étiquette ou qu'on leur dise : "Bon, encore toi, tu es revenu!". [...] Je pense qu'ils auraient besoin davantage d'être écoutés, d'être validés... [...] ce serait beaucoup mieux que d'arriver et de les juger! (Mathieu, interne en psychologie)

Il semble que le fait d'aborder les problématiques des jeunes d'une manière qui paraît teintées de jugement peut avoir une influence négative considérable sur leur expérience avec les services psychosociaux et de santé. Cela amène à se questionner sur l'influence du contexte d'intervention de crise sur la manière d'aborder les conduites suicidaires des jeunes, ainsi que sur les mesures à mettre en place afin de diminuer les tabous entourant cette problématique.

De surcroît, la stigmatisation en lien avec la santé mentale semble affecter la capacité des jeunes à demander de l'aide. Voici un passage d'un intervenant qui illustre bien le courage et la difficulté de quelques jeunes en détresse à demander de l'aide - une difficulté qui peut être exacerbée par la stigmatisation et les tabous en lien avec le suicide qui persistent encore :

La demande d'aide, il y en a que c'était plus par l'hospitalisation et, après ça, automatiquement je pense que le pédopsychiatre faisait une référence. Mais il y en a [des jeunes] qui le demandaient aussi d'emblée. C'était quand même surprenant que les jeunes le demandent et qu'ils en parlent franchement comme ça. [...] Tsé, je pense que le suicide, c'est quand même quelque chose qui est tabou, même comme intervenant des fois [...]. Je me souviens, au début de ma jeune carrière, c'était comme : "Avez-vous des idées suicidaires?" Je le disais, je marchais quasiment sur des œufs. Aujourd'hui, je pose la question d'emblée [...]. Ça l'a évolué, mais il y a toujours un

espèce de tabou. Mais, eux, ils n'en avaient aucun tabou par rapport à ça. C'était comme : "Voici ce que je fais, voici pourquoi et aide-moi avec ça!". Donc ça, c'était quand même beau et c'était quand même le fun, parce qu'ils venaient chercher de l'aide malgré que ce n'était pas évident quand même. (Mathieu, interne en psychologie)

On peut ainsi voir que le désir de recevoir de l'aide, et donc de se sentir mieux, surplombe la stigmatisation et pousse quelques jeunes à demander de l'aide en lien avec le suicide. Cela peut témoigner des effets bénéfiques des campagnes de promotion en lien avec le suicide et des ressources à la disposition des jeunes en lien avec le suicide. On peut penser que de telles campagnes, dans les écoles par exemple, sont efficaces afin d'aider les jeunes à briser les tabous et à vouloir aller chercher de l'aide. Bref, la stigmatisation est un facteur sociétal majeur qui représente un facteur de risque pour des jeunes quant à leurs conduites suicidaires, étant donné que cela peut freiner leur demande d'aide, contribuer à leur isolement et nourrir leur peur de se confier quant à leur détresse.

6.5.2. L'importance de la prévention

Comme mentionné précédemment, les campagnes de prévention sont décrites par des intervenant-es rencontré-es comme une avenue intéressante afin de diminuer l'ampleur de la stigmatisation entourant les conduites suicidaires des jeunes. Du point de vue des intervenant-es ayant participé à l'étude, la prévention est au cœur des changements à mettre en place afin d'améliorer les services offerts aux jeunes en lien avec le suicide et de les rendre plus adaptés à leurs besoins. Quelques intervenant-es ont mentionné avoir remarqué que certaines campagnes de prévention du suicide pour les jeunes sont déjà mises en place, ce qui est perçu comme étant pertinent, mais insuffisant. L'ensemble des intervenant-es de l'échantillon ont affirmé qu'il est nécessaire de faire plus de prévention en lien avec les conduites suicidaires des jeunes, et ce, autant auprès de la population jeunesse, qu'auprès des familles ou même de la population générale. En fait, il a été suggéré de mettre en place davantage de campagnes de prévention quant aux mesures à prendre dans l'éventualité où une personne de notre entourage développe des conduites suicidaires. Voici un extrait de Victoria, psychologue, qui représente bien le point de vue des autres sujets à cet effet :

Plus de prévention. [...] C'est comme un peu un détecteur de fumée. Quand le feu est pris, c'est pas là que tu dis : "Ah je vais aller m'acheter un extincteur et un détecteur de fumée!". C'est pas le temps! Tser, c'est d'avoir un plan de, si jamais il y a un feu, qu'est-

ce que je fais? Toi, si jamais tu es suicidaire, qu'est-ce que tu fais? Tser d'augmenter cette connaissance-là. Même que les profs le disent [...] qu'il ait de l'éducation par rapport à ça. [...] Et de préparer les parents! Comme : "Hey, les parents! Voici des signes, si jamais vous voyez ça, questionnez votre enfant. Voici les personnes qui peuvent aider". Tser, d'être plus équipés dans la population générale, en cas de feu. (Victoria, psychologue)

À la lumière de cet extrait, on voit qu'il est primordial d'offrir des outils aux familles, aux personnes de l'entourage et à la population générale afin de répondre adéquatement à une potentielle crise suicidaire et de pouvoir mieux aider les jeunes en cas de besoin. L'intervenante illustre bien l'importance de mettre en place des mesures et d'informer les gens avant qu'il ne soit trop tard.

Dans un second ordre d'idées, une autre intervenante affirme que la prévention est pertinente, mais qu'il est également nécessaire de faire de l'éducation et de la prévention quant aux divers facteurs qui peuvent alimenter ou provoquer des conduites suicidaires chez des jeunes. On parle ici de facteurs comme les habitudes de vie, le sommeil, l'alimentation, l'utilisation des écrans, etc. Dans l'extrait suivant, elle explicite son point de vue à ce sujet :

Je pense qu'il a un travail à plusieurs niveaux à faire. Premièrement, dans la société, un travail préventif qui ne se fait plus, parce qu'il n'en a plus de prévention. [...] Moi, je ferais des campagnes de prévention des habitudes de vie. Vraiment, l'hygiène de vie, je trouve qu'on n'en parle pas assez. Je ferais des campagnes sur l'hygiène de vie, sur l'utilisation des écrans [rires] chez les jeunes. [...] Tser quand tu ne dors pas, tu ne manges pas bien, tu es sur les écrans à te comparer [...], c'est pas bon pour l'humeur et pour l'anxiété, et tout ça peut engendrer des idées suicidaires. Donc, moi, je ferais des campagnes de sensibilisation des bonnes habitudes de vie, parce que je trouve que c'est la base et on s'en occupe pas tant souvent. Il y a plein de campagnes dans la vie, mais là-dessus, on en voit pas beaucoup. Moi, je pense que ça devrait être des publicités, comme on voit, tser pour l'alcool, pour les drogues. [...] Je pense qu'il devrait en avoir sur les médias sociaux, les jeunes n'écoutent pas la télé, donc je pense qu'on devrait faire des trucs qui les rejoignent. Je pense qu'on devrait trouver du monde aussi, du monde qui leur ressemble ou avec qui ils s'identifient, pour faire ces campagnes-là. Que ça devrait être aussi à l'école. [...] Souvent, l'école va passer beaucoup par la prévention du suicide, pour l'aborder. Mais, moi, je pense qu'il y a d'autres choses à faire avant, pour ne pas en arriver là. Je trouve qu'on a mis la hache dans la prévention, pour plein d'affaires et je pense que ce serait intéressant de revenir à la base et d'en faire plus de prévention! (Nathalie, travailleuse sociale)

À la lumière de cet extrait, on remarque qu'il est nécessaire de faire davantage de prévention

sur les facteurs de risque à la base des conduites suicidaires des jeunes, afin de diminuer la prévalence de cette problématique et de prévenir son apparition. Selon l'intervenante, les campagnes de prévention devraient également être publiées sur des canaux de communication qui rejoignent les jeunes, soit sur les réseaux sociaux ou dans les écoles, afin de maximiser leur effet et leur portée. Miser davantage sur des campagnes de prévention en lien avec la gestion des conduites suicidaires ou sur les habitudes de vie de jeunes pourrait ainsi diminuer l'incidence de cette problématique et offrir de meilleurs services aux jeunes, étant donné que les services psychosociaux et de santé seraient potentiellement moins engorgés.

En somme, l'analyse des résultats de la présente étude met en lumière divers systèmes d'influence qui ont un poids sur les conduites suicidaires des jeunes ainsi que sur leur expérience avec les services psychosociaux et de santé. Les jeunes de notre échantillon semblent vivre dans une profonde solitude causée par leur faible réseau de soutien et la présence de stigmatisation sociale en lien avec le suicide. Leur solitude agit comme barrière à leur capacité à demander de l'aide et constitue donc un facteur pouvant augmenter leur détresse. Il semble être particulièrement important pour les jeunes de parler de leurs conduites suicidaires à une personne qui saura les accueillir avec bienveillance, et ce, particulièrement pour les jeunes provenant de milieux peu soutenant. À cela s'ajoute divers facteurs interpersonnels et systémiques pouvant augmenter leurs conduites suicidaires, tels que la présence de conflits au sein de la famille, la non-réciprocité des relations amicales, les difficultés d'accès aux services, des modalités de services non adaptés aux besoins des jeunes, etc. Le travail des intervenant-es accompagnant les jeunes est également parsemé de défis institutionnels et personnels qui peuvent avoir des répercussions sur l'offre de services adéquats aux jeunes en situation de vulnérabilité. En contrepartie, les jeunes rencontrés présentent une grande résilience et de la débrouillardise qui semblent leur être utiles afin de pallier ces difficultés et d'avoir espoir que leur situation s'améliore.

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Le présent chapitre a comme principale visée de discuter des résultats obtenus dans le cadre de l'étude afin de répondre à la question de recherche. À titre de rappel, celle-ci se formule comme suit :

Comment est vécue l'expérience de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et qu'en pensent des intervenant·es?

Les principales thématiques ayant émergées des entretiens avec les participants et participantes sont ici contrastées avec les propos d'auteurs de la littérature scientifique. Les forces et limites de l'étude sont également explicitées.

Une solitude amplifiée par le manque de soutien et la stigmatisation

Un des principaux constats issus de l'analyse est la profonde solitude des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires – une solitude qui semble prendre beaucoup de place dans l'explication de leur détresse et qui semble nuire à leur rétablissement. Les jeunes vivent avec un sentiment général de solitude qui semble se manifester par une tendance à vivre leurs idées suicidaires seul·es, à s'isoler et à n'en parler à personne avant que cela atteigne un point critique. Cette tendance générale des jeunes à se fier à eux-mêmes et elles-mêmes lors de moments difficiles plutôt que d'aller chercher de l'aide professionnelle a également été relevée dans la littérature scientifique (Gulliver et al., 2010; Rassy et al., 2019a). Les résultats de notre étude montrent également que l'isolement des jeunes contribue à leur solitude, nuit à leur demande d'aide et peut même amplifier leurs conduites suicidaires. L'isolement a effectivement été démontré dans la littérature scientifique comme étant un facteur de risque important en lien avec les conduites suicidaires des jeunes (Consoli et al., 2013; Jordan, 2017; Lachal et al., 2015; Lardier et al., 2016; OMS, 2014b). D'autres études montrent également que la détresse des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires les amène à rejeter l'aide qui peut leur être offerte (Gulliver et al., 2010; Wilson et al., 2010), ce qui appuie les résultats de notre étude.

Gulliver et al. (2010) et Rassy et al. (2019a) observent cette tendance des jeunes à se replier

sur soi pour gérer leur détresse, ce qui pourrait principalement être attribuée à la quête d'autonomie qui caractérise l'adolescence - un désir qui les incite à faire face à leur difficulté seul·es. Toutefois, les résultats de notre étude proposent une analyse un peu différente. Il semble plutôt que l'absence de personne de confiance dans l'entourage des jeunes vient moduler cette croyance. En effet, les jeunes de notre échantillon présentent un faible réseau de soutien et plusieurs affirment ne pas faire confiance à personne de leur réseau de soutien pour accueillir avec bienveillance leur détresse. Bien que quelques jeunes de notre échantillon aient affirmé avoir un désir d'autonomie, il semble être difficile de savoir si ce désir d'autonomie est causé par l'absence de relations de confiance au sein de leur réseau ou par des caractéristiques personnelles aux jeunes. Il serait intéressant de faire des études plus approfondies afin de mieux comprendre cette dynamique que l'on observe chez les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Gulliver et al. (2010) suggèrent tout de même une approche intéressante à préconiser afin d'améliorer la santé mentale des jeunes, soit de leur offrir du matériel d'autogestion de leurs difficultés et d'accroître la littéracie misant sur une meilleure connaissance de leurs propres symptômes. À la lumière des résultats de notre étude, cette avenue est pertinente, étant donné que cela pourrait permettre aux jeunes de développer de meilleures stratégies de résolutions de problèmes face à leurs conduites suicidaires ainsi qu'aux difficultés concomitantes, tout en venant pallier leur manque de soutien et potentiellement miser sur leur confiance personnelle.

Par ailleurs, les résultats du présent projet de recherche montrent que la profonde solitude vécue par les jeunes semble être aggravée par la stigmatisation ressentie de la part de leurs proches et de la société. Ces constats rejoignent les résultats issus d'autres études qui confirment que la stigmatisation est une barrière importante à l'accès aux services en santé mentale pour les jeunes et leurs familles (Gulliver et al., 2010; Lachal et al., 2015; Rassy et al., 2019a). Une étude de Nearchou et al. (2018) a également montré que c'est la stigmatisation publique plutôt que la présence de tabous chez les jeunes freine leur élan à demander de l'aide, que ce soit en lien avec la dépression, l'anxiété ou des conduites d'automutilation. La stigmatisation publique réfère aux attitudes stigmatisantes véhiculées dans la société à l'égard des jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Cette étude renseigne donc sur l'importance qu'attribue les jeunes aux attitudes des autres face à leurs difficultés, ce qui rejoint nos résultats. Selon notre étude, c'est la peur, plus précisément la peur de la réaction des proches ou la crainte du jugement, qui semble être une des principales

raisons qui freinent les jeunes dans leur désir et leur capacité à demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires. Plusieurs jeunes de notre échantillon ont peur d'être dénigré·es, de se faire juger ou même de subir de la violence physique dans l'éventualité où la détresse serait partagée avec les proches. Cette peur du jugement des proches ou des conséquences qui pourraient se produire si la détresse des jeunes était dévoilée rejoint des résultats de Gilmour et al. (2019). À cet effet, quelques auteurs (Gulliver et al., 2010; Nearchou et al., 2018; Rassy et al., 2019) s'entendent pour dire que des interventions en santé mentale devraient être mises en place afin de réduire la stigmatisation en lien avec le suicide et la demande d'aide des jeunes. Considérant que la stigmatisation est un enjeu majeur dans la recherche d'aide des jeunes, les stratégies de prévention du suicide devraient miser sur l'enseignement de méthodes efficaces pour les jeunes afin de demander de l'aide de manière autonome ou pour un ou une proche en difficulté (Rassy et al., 2019). Cela permettrait potentiellement de contrer l'isolement des jeunes et de s'assurer que de l'aide soit offerte en temps opportun.

L'importance des relations

Les résultats de notre étude révèlent que les jeunes accordent une place importante aux relations interpersonnelles développées avec les membres de leur entourage – leurs familles, leurs ami·es, ainsi que les relations avec les intervenant·es qui les accompagnent. Les relations positives qu'entretiennent les jeunes de notre échantillon avec les personnes de leur réseau semblent être un facteur de protection contre la détresse et les conduites suicidaires, considérant le soutien que cela leur prodigue.

La majorité des jeunes de notre échantillon semblent avoir grandi dans des contextes familiaux difficiles, empreints de conflits fréquents avec au moins un de leurs parents, et parfois même avoir été victime d'abus psychologique ou physique de la part d'un membre de leur famille. Le faible réseau de soutien des jeunes et les difficultés familiales vécues laissent croire que quelques jeunes peuvent ne pas avoir appris à faire confiance aux adultes, ce qui contribue à leur isolement et nuit à leur capacité à demander de l'aide en lien avec leur détresse. Gulliver et al. (2010) et Rassy et al. (2019b) ont effectivement dénoté que les jeunes qui ont un faible réseau de soutien social et familial ont plus tendance à demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires via l'internet ou les ressources d'aide, étant donné leur manque de confiance en leur

réseau de soutien. Cela a également été observé dans notre étude, considérant qu'une jeune de notre échantillon, qui jugeait n'avoir personne de confiance dans son réseau pour accueillir avec bienveillance sa détresse, a fait une demande d'aide en passant par un organisme communautaire jeunesse. Un tel résultat est tout de même encourageant et suggère que la connaissance des ressources à la disposition des jeunes peut venir contrebalancer la piètre qualité de leur réseau. On peut penser que des jeunes vivant dans de contextes familiaux difficiles peuvent développer une certaine débrouillardise et une résilience qui leur sont utiles face à la gestion de leur détresse et à leur capacité à aller chercher de l'aide autrement qu'en passant par une personne de confiance.

Par ailleurs, les conflits avec les parents et faire face à ce qui s'apparente à du rejet semblent pouvoir augmenter la détresse des jeunes et même précipiter un passage à l'acte suicidaire, ce qui témoigne de l'importance de la qualité des relations familiales à l'adolescence. Un tel constat rejoint des données de la littérature scientifique dénotant l'impact du rejet, des conflits et de l'abus au sein de la famille comme étant des facteurs de risque considérables de suicide chez les jeunes (Lachal et al., 2015; Lardier et al., 2016; Olejniczak et al., 2018; Séguin et al., 2011). À l'instar de Olejniczak et al. (2018), il serait pertinent que de l'éducation soit faite auprès des parents quant à l'importance de la compréhension et de l'acceptation des jeunes, considérant que cela pourrait prévenir l'apparition ou l'aggravation de leurs conduites suicidaires. Se faisant, les jeunes pourraient se sentir moins seul-es, plus soutenu-es et pourraient plus facilement demander et recevoir l'aide jugée nécessaire. En ce sens, Hausmann-Stabile et al. (2018) ont affirmé que l'intervention auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires devrait miser sur leurs relations interpersonnelles, plus précisément sur la communication entre les jeunes et leurs parents, considérant que cela diminuerait leur sentiment de solitude et solidifierait leur réseau de soutien. Les auteurs recommandent ainsi que des interventions abordent directement les conflits et les difficultés familiales afin non seulement d'optimiser la communication et l'écoute présente au sein de la famille, mais aussi améliorer le fonctionnement familial. Cela confirme les résultats de notre étude mettant en lumière toute l'importance de l'implication des parents dans les interventions auprès des jeunes ayant des conduites suicidaires – une composante considérée fondamentale selon les intervenant-es de notre échantillon.

On observe donc que l'écoute et le soutien familial ont un effet réparateur sur la détresse

des jeunes et constituent des facteurs de protection considérables en lien avec le suicide chez quelques adolescent·es. Bien que la majorité des jeunes ayant participé à notre étude présentent des situations familiales difficiles, plusieurs mentionnent avoir une relation positive avec un de leur parent ou un membre de leur fratrie qui leur offre un grand soutien. Il semble que les relations de soutien avec les membres de la famille donnent de l'espoir et parfois même une raison de vivre aux jeunes, ce qui réduit leur détresse et les poussent à demander de l'aide. De tels résultats vont dans le même sens que certaines études montrant une association entre un manque de soutien familial et l'augmentation du risque des jeunes de développer des conduites suicidaires (Consoli et al., 2013; Kielan et al., 2018; Lardier et al., 2016; OMS, 2014b; Séguin et al., 2011). Gulliver et al. (2010) ont également dénoté que les jeunes qui bénéficient de soutien et d'encouragement de la part de leurs proches ont davantage de facilité à demander de l'aide en lien avec leur détresse, car de tels facteurs facilitants permettent de réduire la stigmatisation associée à la recherche d'aide. On peut donc penser que miser sur le soutien familial des jeunes pourrait ainsi permettre de réduire les barrières à leur demande d'aide, contrer leur solitude et agir comme facteur de protection.

En contrepartie, les résultats de notre étude indiquent que, bien que des jeunes rapportent entretenir des relations positives avec leurs proches ou des membres de leur famille, d'autres disent ne pas bénéficier de soutien en lien avec leurs conduites suicidaires ou leurs autres difficultés. On observe effectivement un manque notable de réciprocité des relations dans le réseau de soutien des jeunes, ce qui semble avoir un poids multifactoriel dans leur situation. Les jeunes souffrent, se sentent profondément seul·es face à leur détresse, veulent recevoir de l'aide, mais ont peur du jugement de leurs proches et de se retrouver à nouveau dans une situation d'isolement et de solitude en parlant de leur détresse. Les jeunes semblent donc trouver le soutien et l'écoute qui ne leur ait pas accessible dans leur réseau auprès d'intervenant·es. La présence des intervenant·es dans la vie des jeunes de notre échantillon semble donc particulièrement importante pour ceux et celles évoluant dans des contextes familiaux marqués par la vulnérabilité. En effet, la majorité des jeunes rapportent n'avoir jamais parlé de leurs conduites suicidaires à personne avant d'avoir bénéficié de services psychosociaux ou de soins de santé en lien avec le suicide. De tels résultats rejoignent plusieurs études selon lesquelles l'expérience positive des jeunes avec les services est surtout associée à la relation avec les intervenant·es (Gilmour et al., 2019; Pugnaire Gros et al., 2012).

Une grande importance semble accordée à la relation de confiance avec l'adulte et à la manière que les professionnel·les de la santé font sentir les jeunes, ce qui a également été dénoté par Gilmour et al. (2019). En effet, autant les jeunes que les intervenant·es rencontré·es dans le cadre de la présente étude affirment que la relation de confiance est une composante importante de leur expérience avec les services reçus en lien avec le suicide et est nécessaire afin que les jeunes puissent être à l'aise de parler de leur détresse. Plusieurs auteurs s'entendent également pour dire que la relation de confiance est un aspect central de l'expérience avec les services – une relation caractérisée d'écoute, de contact humain, de collaboration et de compréhension (Buston, 2002; Gilmour et al., 2019; Pugnare Gros et al., 2012), ce qui rejoint les résultats de la présente étude.

Les jeunes de notre échantillon ont besoin d'une oreille attentive, d'une personne qui les font sentir écouté·es, compris·es et qui leur donnent espoir que leur situation peut s'améliorer. De tels besoins ont été dénotés par des études qui renseignent quant à l'importance que l'adulte témoigne de l'empathie, du respect et de la compréhension aux jeunes (Buston, 2002 ; Gilmour et al., 2019). Selon les résultats obtenus dans le cadre de notre étude, c'est ce qui semble les aider le plus en lien avec leurs conduites suicidaires. Cela rejoint également l'étude de Hausmann-Stabile et al. (2018) selon laquelle le fait de laisser parler les jeunes de leur détresse entraîne un soulagement émotionnel et représente l'effet positif le plus immédiat des services qui leur sont offerts. Considérant que le besoin principal des jeunes est d'avoir une oreille attentive à qui il est possible de se confier, il est logique d'observer que les jeunes apprécient lorsque les intervenant·es les accompagnant répondent à ce besoin. De manière intéressante, notre étude montre également que l'écoute attentive peut être offerte aux jeunes par n'importe quelle personne disponible et n'est pas exclusivement réservée aux professionnel·les de la santé. Les jeunes sont donc ouverts et ouvertes à discuter de leurs difficultés en autant que la personne qui accueille leurs confidences est bienveillante. Cela met d'autant plus en exergue l'importance d'offrir du soutien et de l'écoute aux jeunes ayant des conduites suicidaires, considérant l'effet réparateur que cela procure chez eux et elles.

La relation des jeunes avec les intervenant·es qui les accompagnent semble donc être un aspect central de leur rétablissement. Toutefois, il est pertinent d'observer le regard des intervenant·es quant à leur expérience professionnelle auprès de jeunes ayant des conduites

suicidaires. Ceux et celles rencontrés dans le cadre de notre étude ont nommé apprécier leur travail qui est décrit comme stimulant, mais nomment plusieurs défis en lien notamment avec la gestion du risque suicidaire des jeunes et le manque de soutien qui leur est offert. Des émotions négatives semblent être parfois associées au travail de quelques intervenant·es de notre échantillon, dont de l'impuissance face aux difficultés des jeunes ou de la frustration face aux défis institutionnels. De tels résultats ont été corroborés par Lachal et al. (2015). Des intervenant·es ont également décrit le manque de formation offerte aux professionnel·les afin de les soutenir et de développer leur confiance quant à l'intervention en cas de crise suicidaire. Plusieurs auteurs ont également observé le manque de confiance et de formation des intervenant·es accompagnant les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires (Berger et al., 2014; Levkovich et Vigdor, 2021; Schmidt, 2016). On observe donc des lacunes quant à l'encadrement et la formation offerte aux professionnel·les de la santé, ce qui peut affecter la relation avec les jeunes et même potentiellement leur porter préjudices. Schmidt (2016) suggère ainsi que les universités et les institutions scolaires préparent mieux les professionnel·les à intervenir auprès de cette population vulnérable – une recommandation qui a également été relevée par les intervenant·es de notre échantillon.

Des listes d'attente comme services de suivis pour les jeunes

Un second thème saillant qui émerge de l'analyse des résultats est l'accès difficile aux soins de santé et aux services sociaux pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. De telles lacunes nuisent à l'offre d'aide en temps opportun aux jeunes en situation de crise suicidaire et les oblige à attendre sur des listes d'attente avant de recevoir de l'aide. Des jeunes de notre échantillon se plaignent d'avoir attendu des mois, voire des années avant d'obtenir des services psychosociaux en lien avec leurs conduites suicidaires - une situation déplorable selon Silbernagel et Davidson (2017). Cela soulève d'importantes préoccupations quant à l'offre de services adéquats afin de venir en aide aux jeunes en position de grande détresse et de vulnérabilité, étant donné que les listes d'attente agissent comme barrières importantes à la réponse aux besoins des jeunes.

Jordan et al. (2012) affirment qu'il n'est pas rare que des jeunes ayant des conduites suicidaires demandent de l'aide spécialisée en lien avec le suicide et ne reçoivent aucun service – un phénomène qui nuit à leur sentiment de confiance envers les services. Un tel résultat rejoint les

résultats de notre étude. En fait, les jeunes de notre échantillon ont nommé vivre du découragement et de la frustration quant à l'accès aux services en santé mentale, qui est écrit comme un processus très long. Les intervenant-es rencontré-es dans le cadre de cette étude ont également déploré l'ampleur et la longueur des listes d'attente pour des services de suivi des jeunes en santé mentale comme étant un des principaux facteurs nuisant à leur expérience avec les services ainsi qu'aux soins qui leur sont offerts. Plusieurs auteurs s'entendent effectivement pour dire que l'accessibilité des jeunes aux soins en santé mentale demeure difficile et alarmante (Jordan et al., 2012; Rassy et al., 2019a; Renaud et al., 2009). Selon Rassy et al. (2019a), il est primordial de miser sur une meilleure accessibilité des services jeunesse en santé mentale afin d'assurer une bonne prise en charge des jeunes qui ont le courage et la force de demander de l'aide en lien avec leurs conduites suicidaires. Les jeunes ont définitivement conscience des failles du système de santé et de services psychosociaux en lien avec le suicide et cela est parlant quant à l'importance des changements à apporter afin de mieux répondre aux besoins des jeunes.

Par ailleurs, des jeunes de notre échantillon ont nommé vivre de la frustration quant à l'accès aux services de crise en moment opportun. Plusieurs jeunes de notre échantillon ont effectivement eu de la difficulté à recevoir de l'aide au moment de la crise suicidaire. De telles lacunes peuvent ainsi précipiter un passage à l'acte suicidaire. Les services de crise offerts en lien avec le suicide constituent parfois une portée d'entrée de dernier recours pour des jeunes en situation de crise. Quelques jeunes ont même dit qu'il est inconcevable de ne pas pouvoir parler directement à une personne lorsqu'ils ou elles tentent d'obtenir de l'aide. En ce sens, Rassy et al. (2019a) affirment que ces difficultés d'accès sont préoccupantes. Étant donné l'ampleur de la stigmatisation sociale en lien avec les conduites suicidaires, ces auteurs jugent inconcevable de travailler auprès des jeunes pour les inciter à rechercher de l'aide si aucun service n'est disponible. On observe donc que ces lacunes en lien avec l'accès aux services pour les jeunes peuvent augmenter leur détresse et leur solitude, en plus d'affecter négativement leur sentiment de confiance envers les services d'aide.

De surcroît, les résultats de l'étude quant à l'ampleur des listes d'attente mettent en exergue l'importance d'assurer la continuité des soins, étant donné que les difficultés des jeunes peuvent être exacerbées par la fin subite d'un suivi en raison d'un arrêt de travail de l'intervenant-e ou

lorsque le dossier n'est assigné à aucun·e intervenant·e pour prendre le relais. En ce sens, tel que dénoté dans notre étude, des auteurs s'entendent pour dire qu'il est nécessaire d'assurer la continuité des soins entre les services d'urgence et les services en santé mentale jeunesse à l'externe, afin que les adolescent·es reçoivent les services nécessaires à leur sortie de l'hôpital (Frosch et al., 2011; Hunt et al., 2009). Plusieurs auteurs font également état de l'intensification du risque suicidaire des jeunes après le congé psychiatrique (Christiansen et Jensen, 2009; Finkelstein et al., 2015; Hunt et al., 2009), ce qui justifie d'autant plus la mise en place de ressources pour assurer cette continuité des services et ainsi diminuer le risque suicidaire des jeunes (Frosch et al., 2011). On constate un consensus à l'effet que des interventions de suivi auprès des jeunes présentant des conduites suicidaires après les congés psychiatriques sont efficaces afin de prévenir les récurrences suicidaires (Luxton et al., 2013). Il est donc d'autant plus important d'améliorer la mise en place de tels services, qui présentent actuellement des lacunes importantes quant à la disponibilité et la continuité des services, tel que rapporté par les participant·es de notre étude.

Des services d'urgence à l'encontre de l'agentivité des jeunes

Il semble que le contexte de soins teinte différemment l'expérience des jeunes interrogé·es dans le cadre de la présente étude. De fait, une expérience positive semble être plus souvent associée à des services de suivi psychosociaux alors qu'une expérience plus négative semble être généralement liée aux services offerts en centre hospitalier, particulièrement en psychiatrie. Les jeunes de notre échantillon nomment avoir l'impression que les services de suivi psychosociaux les aident plus que les services offerts en centre hospitalier. Ce constat rejoint les résultats de la littérature. De fait, Hausmann-Stabile et al. (2018) et Buston (2002) affirment que les jeunes sont très critiques par rapport aux services reçus en centre hospitalier en raison de la manière autoritaire qu'ont les professionnel·les de la santé d'aborder les conduites suicidaires et les mesures restrictives utilisées en psychiatrie. En ce sens, les jeunes de notre échantillon rapportent ne pas se sentir écouté·es par les professionnel·les de la santé, qui abordent les problématiques de manière stricte et rigide. Cela rejoint les résultats rapportés par plusieurs auteurs (Buston, 2002; Gilmour et al., 2019; Hausmann-Stabile et al., 2018) selon lesquels les jeunes apprécient une approche plus informelle et dialogique, contrairement à une approche hiérarchique qui peut être perçue comme intimidante et qui peut donner l'impression que les professionnel·les imposent leur expertise. Considérant que la relation de confiance établie avec l'adulte est un aspect central dans le

rétablissement et l'expérience des jeunes avec les services, cela fait réfléchir quant à la manière d'aborder les jeunes lors d'un séjour en psychiatrie afin de mieux répondre à leurs besoins d'écoute, de bienveillance et de considération.

En parlant de leur séjour en psychiatrie, les jeunes de notre échantillon nomment avoir l'impression d'être en prison et de n'avoir aucune liberté - un phénomène qui a également été décrit par les intervenant·es rencontré·es, indiquant que les jeunes s'en plaignent souvent, ce qui est alarmant. Les jeunes démontrent une grande dépréciation des mesures restrictives utilisées, sentent leur liberté brimée et ont même parfois l'impression d'être puni·es pour avoir parlé de leurs conduites suicidaires. Ce sentiment de punition a été relevé dans la littérature scientifique par Pugnaire Gros et al. (2012) en lien avec l'application de mesures restrictives en cas de verbalisations suicidaires, c'est-à-dire que les jeunes n'apprécient pas se faire enlever des privilèges lorsque des confidences sont faites en lien avec le suicide. Nous croyons, tout comme ces auteurs, que cela soulève des questionnements quant à l'utilisation de telles mesures restrictives, des mesures qui ne répondent pas aux besoins des jeunes, qui contribuent à leur solitude et qui créent de la frustration envers les services.

Les jeunes vivent également de l'incompréhension et de la frustration face aux règles et aux mesures restrictives qui leur sont imposées et qui ne font pas de sens pour elles et eux. L'utilisation de mesures restrictives et le manque de liberté ressenti par des jeunes en milieu hospitalier créent un sentiment d'emprisonnement qui contribue à leur frustration et à l'impression d'être incompris et incomprises. Un tel constat rejoint une étude effectuée par Gros et al. (2017) dénotant que les jeunes vivent de la frustration envers les règles limitant les interactions avec leurs proches, étant donné que cela fait peu de sens pour les jeunes et que cela est perçu comme nuisible. On peut penser qu'il est difficile pour les jeunes d'aller mieux et de recevoir de l'écoute en ayant l'impression d'être en prison, en plus de ne pas comprendre les raisons sous-jacentes aux mesures mises en place qui sont perçues comme insensées ou brimant leur liberté. Il est difficile de s'assurer que les règles font du sens pour les jeunes, mais Gros et al. (2017) croient que les jeunes ont un regard pertinent sur leur expérience et leurs besoins en ce qui concerne la structure offerte en centres hospitaliers afin de répondre à leurs besoins. Cela ouvre des portes quant à l'implication des jeunes dans les services qui leur sont offerts ainsi que dans une utilisation plus optimale des

mesures de protection en centres hospitaliers pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires.

Plusieurs auteurs et autrices semblent s'entendre pour dire qu'une plus grande implication des jeunes dans le choix du traitement et des mesures utilisées auraient de nombreux bénéfices (Gros et al., 2017; Hausmann-Stabile et al., 2018; Montreuil et al., 2018; Montreuil et al., 2019). Le besoin des jeunes d'être impliqué-es dans le suivi est un facteur qui a été relevé dans la présente étude et dans la littérature scientifique à plusieurs reprises (Coyne et al., 2015; Gros et al., 2017) comme étant important pour les jeunes en lien avec les services reçus pour des conduites suicidaires. Cela soulève des questionnements intéressants sur l'agentivité des adolescent-es – une perspective abordée par les jeunes de notre échantillon.

Dans leur étude, Montreuil et al. (2019) affirment que la structure utilisée en psychiatrie n'est pas propice à la considération de l'expérience des jeunes, étant donné que les jeunes sont considérés davantage comme des objets d'intervention et non comme des agents ayant la capacité de s'impliquer dans le monde qui les entoure. Les auteurs observent chez les professionnel·les de la santé en psychiatrie une conception de l'enfant comme des personnes incomplètes qui doivent être socialisées pour devenir des adultes complets et complètes. Cette vision place les professionnel·les de la santé dans une position d'autorité et encourage les interventions autoritaires auprès des jeunes afin d'assurer leur conformité à la structure institutionnelle en place. Les jeunes sont donc perçus comme ne sachant pas ce qui est bien et sont peu considérés ou reconnus quant à leur traitement. Cela rejoint les résultats de la présente étude selon lesquels les jeunes désirent être impliqué-es dans les décisions les concernant et n'apprécient pas se faire imposer une manière de penser ou de faire qui ne leur ait pas propre. Montreuil et al. (2019) affirment que d'adopter une vision des jeunes en tant qu'agents moraux et de prendre le temps de savoir ce qui est moral ou non pour eux et elles permettrait de développer des pratiques de soins plus éthiques et plus en concordance avec l'expérience propre des jeunes. Afin d'impliquer davantage les jeunes dans leurs soins, il a également été recommandé d'utiliser des approches de soins plus en lignée avec l'expérience morale des jeunes, c'est-à-dire des interventions centrées sur les discussions ouvertes contrairement à des directives pré-établies qui sont habituellement utilisées en centres hospitaliers (Montreuil et al., 2018). Le fait d'inviter les jeunes à prendre part aux décisions en lien avec leurs

traitements et de les considérer comme des acteurs et non seulement des bénéficiaires de soins permettrait ainsi de leur offrir des services qui concordent davantage à leurs besoins respectifs et de respecter leur besoin d'autonomie (Hausmann-Stabile et al., 2018), un des besoins des jeunes de notre échantillon.

Les forces et les limites de l'étude

Bien que la présente recherche propose des résultats intéressants quant au regard des jeunes et des intervenant·es qui les accompagnent sur les services en lien avec le suicide, elle comporte diverses limites qui méritent d'être adressées.

Premièrement, la petite taille de l'échantillon. En effet, seulement trois entrevues ont été effectuées auprès de jeunes et quatre entrevues auprès d'intervenant·es, ce qui rend impossible la généralisation des résultats. Toutefois, considérant la nature qualitative de l'étude et l'importance accordée à la nature subjective des données recueillies, cela permet tout de même d'obtenir des résultats intéressants dont la pertinence est soutenue par la confirmation de plusieurs résultats dans d'autres études de la littérature scientifique. Il serait tout de même pertinent de reproduire une étude similaire auprès d'un échantillon plus grand de jeunes afin d'approfondir notre compréhension de leur expérience subjective en lien avec les services reçus quant aux conduites suicidaires.

Par ailleurs, l'échantillon est principalement composé de personnes s'identifiant comme femme, avec seulement une personne s'identifiant comme non binaire et un homme. Le petit échantillon est donc plutôt homogène et ne prend pas suffisamment en compte la diversité, que ce soit la diversité de genre ou culturelle. La majorité des participant·es sont également des personnes blanches, ce qui constitue un échantillon non représentatif de la diversité culturelle. Les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires sont une population plutôt difficile à rejoindre et le fait de se fier principalement sur l'expérience de ceux et celles participant aux études exclut le regard des jeunes le plus à risque de suicide, soit les hommes et les groupes marginalisés, qui semblent avoir moins tendance à participer aux études (Gilmour et al., 2019). Afin d'inclure le point de vue de tous et toutes, il serait intéressant de reproduire une étude comprenant un échantillon plus varié, afin d'obtenir des résultats plus représentatifs de la réelle problématique telle que se manifeste au sein de la société. De plus, l'échantillon de l'étude ne comprend pas les jeunes qui n'ont pas reçu

de services en lien avec leurs conduites suicidaires, ce qui exclut par le fait même plusieurs jeunes aux prises avec des conduites suicidaires, mais qui vivent peut-être plus d'isolement ou qui sont confrontés à des barrières plus imposantes en lien avec la demande d'aide. Il serait intéressant de reproduire une étude afin d'observer le regard de ces jeunes qui n'ont pas reçu d'aide afin d'explorer davantage les raisons expliquant leur absence de services.

De surcroit, le recrutement de jeunes fut un obstacle majeur dans le cadre de l'étude. Le processus de recrutement de jeunes participants et participantes a été très difficile et parsemé d'embûches, malgré l'éventail de démarches effectuées afin d'optimiser le processus de recrutement : partage sur les réseaux sociaux, collaboration avec des maisons de jeunes, des écoles et des organismes communautaires, présentation du projet à l'aide de kiosques dans les écoles secondaires, partage du projet de recherche par courriels et par téléphone à des dizaines d'organismes et d'institutions, conception et diffusion d'un vidéo de recrutement, etc. Les démarches effectuées ont été peu efficaces et ont permis de recruter seulement trois jeunes, ce qui témoigne des difficultés de la recherche auprès de la population adolescente. Toutefois, il est important de noter que le contexte créé par la pandémie de COVID-19 a potentiellement complexifié le processus de recrutement, étant donné les mesures de confinement et la fermeture de plusieurs lieux de rassemblement pour les jeunes. Des démarches devraient tout de même être effectuées afin de sensibiliser les jeunes aux avantages de leur participation à la recherche.

En effet, la totalité des jeunes rencontrés dans le cadre de l'étude ont mentionné apprécier leur expérience. Une jeune a même mentionné que cela avait été thérapeutique pour elle, qu'elle avait partagé des choses pour lesquelles elle ne s'était jamais confiée avant et que cela lui avait permis de tourner la page sur certains événements de son passé. L'implication de jeunes vulnérables dans la recherche permet donc non seulement de leur donner une voix, mais également de les aider à partager leur expérience et à en ressortir des bénéfices personnels. Il semble donc avoir un effet libérateur de contribuer à la recherche et de partager son point de vue dans un contexte sécuritaire et sans jugement. Il s'agit d'une des principales forces de la présente étude.

De surcroit, la présente étude permet d'approfondir notre compréhension de l'expérience des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires avec les services psychosociaux et de santé.

En misant sur l'expérience humaine et la subjectivité des participant·es, et non seulement sur les faits, cela apporte une singularité aux résultats obtenus. Cela permet de miser sur l'importance de chaque point de vue et de donner une voix aux personnes ayant partagé leur expérience dans le contexte de l'étude, ce qui est moins atteignable dans un contexte d'étude quantitative. Il faut tout de même considérer l'influence possible du biais de l'étudiante chercheuse dans l'interprétation des réponses des participant·es rencontré·es, ce qui peut influencer l'analyse des résultats de l'étude. Plusieurs moyens ont toutefois été pris afin de diminuer l'effet possible d'un tel biais, comme la tenue d'un journal de bord ou les multiples discussions avec la directrice de recherche.

L'implication des intervenant·es accompagnant des jeunes ayant des conduites suicidaires dans notre échantillon ajoute également une dimension intéressante à l'étude. Cela a permis de mettre en lumière des similitudes et certaines incongruences entre les besoins des jeunes et les services qui leur sont offerts par les professionnel·les de la santé. De tels résultats ajoutent une profondeur aux résultats et offrent une lunette différente quant à notre manière de concevoir l'expérience des jeunes. Toutefois, l'ensemble des intervenant·es de notre échantillon ont principalement travaillé en CLSC ou en milieu scolaire, sauf une travailleuse sociale qui a travaillé en psychiatrie, ce qui constitue une limite de notre étude. Il serait intéressant de reproduire des études incluant des intervenant·es provenant de milieux professionnels plus variés, afin d'obtenir une représentation plus juste de leur point de vue.

Tout compte fait, la présente étude propose des résultats intéressants et suggère des pistes de recherches et d'implications cliniques pertinentes à l'amélioration des soins de santé et des services psychosociaux offerts aux jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Nous pouvons retenir, à la lumière de l'interprétation des résultats, que les jeunes ont un grand besoin d'écoute et de pouvoir partager leur détresse à une personne qui saura l'accueillir avec bienveillance. Considérant que peu de jeunes bénéficient de réseau de soutien solide, plusieurs se fient sur les intervenant·es qui les accompagnent pour aller chercher le soutien qui leur est nécessaire, ce qui rend la relation de confiance d'autant plus importante. Toutefois, l'étude renseigne que les divers services pour les jeunes aux prises avec des conduites suicidaires sont peu accessibles et ne répondent pas toujours aux besoins des jeunes, ce qui crée de la frustration, de l'insatisfaction et parfois même une perte d'espoir. Nos résultats corroborent ceux de la littérature affirmant que les

services offerts en centres hospitaliers sont trop rigides et considèrent peu le regard des jeunes sur les choix de traitements. Il est indéniable que des changements doivent être apportés et que de plus amples études doivent être entamées afin d'inclure le regard des jeunes dans les décisions face à leurs soins et de potentiellement leur offrir des services qui répondent plus adéquatement à leurs besoins.

CONCLUSION

La présente étude avait pour but de mieux comprendre l'expérience des jeunes ayant des conduites suicidaires avec les services psychosociaux et de santé ainsi que les perspectives des intervenant·es qui les accompagnent. Plus précisément, on s'intéressait à l'analyse des différents réseaux de soutien des jeunes, mieux comprendre la manière qu'ont les jeunes de demander de l'aide en lien avec le suicide et documenter leur appréciation en lien avec les services reçus. Du point de vue des intervenant·es, l'étude visait principalement à mieux comprendre leur regard quant aux défis auxquels ils et elles sont confronté·es dans leur travail et à enrichir potentiellement notre compréhension de l'expérience des jeunes à travers leur point de vue. Un tel projet a une grande pertinence scientifique, sociale et disciplinaire. Compte tenu du nombre limité d'études examinant les expériences subjectives des jeunes avec les services, cette étude permet de bonifier les connaissances quant au vécu de jeunes ayant des conduites suicidaires avec les services sociaux et de santé, de possiblement arrimer les services aux besoins des jeunes, de diminuer les récidives et les conduites suicidaires, ainsi que de donner une voix aux jeunes en situation de vulnérabilité. Pour atteindre ces objectifs, des entrevues qualitatives ont été effectuées auprès de trois jeunes et de quatre intervenant·es œuvrant auprès de la clientèle jeunesse aux prises avec des conduites suicidaires. Les participant·es ont généreusement accepté de partager leur histoire dans une grande vulnérabilité, considérant la sensibilité du projet à l'étude.

Nos résultats sont pertinents pour faire progresser notre compréhension de l'interaction complexe entre les facteurs individuels, sociaux et environnementaux (c.f. modèle écologique du développement humain) qui contribuent à la santé mentale et à la suicidalité des jeunes. La diversité des expériences et des perspectives des participant·es conduit à une compréhension plus nuancée du phénomène étudié et contribue à la richesse des résultats. Tout d'abord, il ressort que des jeunes ont des besoins d'écoute, de conseils, de guidance et d'autonomie qui teintent leur expérience avec les services, ainsi que leurs relations avec les membres de leurs familles, leurs ami·es et même les intervenant·es qui les accompagnent. Se sentir écouté·es est ce qui semble être le plus réparateur pour les jeunes de notre échantillon. Des jeunes vivent effectivement dans une grande solitude et entretiennent des relations absentes de réciprocité, ce qui leur offre peu de soutien. La solitude des jeunes et le rejet de leurs proches semblent ainsi être des facteurs pouvant augmenter leur détresse voire exacerber leurs conduites suicidaires. Considérant que plusieurs des jeunes rencontrés

semblent avoir grandi dans des contextes familiaux teintés de vulnérabilité, on constate que plusieurs sollicitent du soutien auprès de professionnel·les de la santé. D'un point de vue clinique, notre étude souligne l'importance d'établir des relations de confiance entre les jeunes et les intervenant·es qui les accompagnent. Être à l'écoute de leurs besoins, les impliquer dans le processus décisionnel et leur assurer un suivi bienveillant sont essentiels pour s'assurer que les jeunes se sentent écouté·es et soutenu·es – des sentiments qui s'avèrent être essentiels à leur bien-être et à leur satisfaction à l'égard des services.

L'étude a également mis en lumière l'influence de diverses structures systémiques sur les conduites suicidaires des jeunes ainsi que sur leurs expériences avec les services psychosociaux et de santé en lien avec le suicide - le contexte de soins et l'accessibilité des services. Il a été constaté que les jeunes préfèrent les services de suivi psychosociaux aux services offerts en centres hospitaliers, ce qui peut être attribué aux mesures restrictives ou au climat d'intervention que l'on retrouve dans les hôpitaux, qui tend à être plutôt marqué par l'autorité et la restriction que l'écoute et le dialogue. Les jeunes apprécient se sentir écouté·es, rassuré·es et aiment être impliqué·es dans les décisions entourant leurs traitements, des besoins qui sont davantage répondus dans les services de suivi. Cela soulève diverses préoccupations quant aux services d'urgence qui sont offerts aux jeunes et appelle à des changements qui pourraient être apportés pour rendre les services offerts en centres hospitaliers plus adaptés aux besoins des jeunes. Par ailleurs, l'accessibilité des services est un facteur important qui est ressorti comme un enjeu dans l'expérience des jeunes. En fait, des jeunes se plaignent d'avoir attendu des mois, voire des années sur des listes d'attente avant d'accéder à des services de suivi, alors que d'autres se plaignent de ne pas pouvoir recevoir de l'aide en temps opportun. De telles difficultés d'accès entraînent de la frustration chez les jeunes et les intervenant·es rencontré·es, soulignant des lacunes du système de soins de santé et de services sociaux québécois dans l'offre de services adaptés aux besoins réels des jeunes, lorsque cela est nécessaire. En termes de recherches futures, il serait utile d'étudier davantage comment les structures sociales influent les conduites suicidaires et l'expérience des jeunes avec les services en santé mentale, que ce soit l'exploration de facteurs tels que le statut socioéconomique ou le contexte culturel. En s'attaquant aux obstacles systémiques et en accordant la priorité aux besoins et aux préférences des jeunes, il serait peut-être possible de promouvoir de meilleures pratiques en matière de santé mentale pour cette population vulnérable.

Finalement, d'un point de vue sociétal, les résultats de notre étude confirment la grande prévalence de la stigmatisation entourant les conduites suicidaires et la santé mentale chez les jeunes. Des jeunes ont peur d'aller chercher de l'aide par peur d'être jugé-es ou que cela soit considéré comme un fardeau ou une faiblesse. Par conséquent, la stigmatisation peut ainsi entraver la volonté des jeunes à demander de l'aide, exacerber leur sentiment d'isolement et nourrir leur réticence à se confier quant à leur détresse. De tels résultats soulignent l'importance de normaliser la santé mentale auprès de l'ensemble de la population afin de fournir aux jeunes des services de santé mentale respectueux et encourageants.

À la lumière de ces résultats, il paraît important d'écouter la voix et l'expérience des jeunes et d'utiliser ces connaissances pour améliorer les services en santé mentale. Nos résultats parlent d'un désir d'agentivité des jeunes et de la pertinence de reconnaître qu'ils et qu'elles ne sont pas des bénéficiaires passifs et passives de soins, mais des agents actifs et des agentes actives de leur propre vie. Chaque jeune est unique et possède son propre bagage d'expériences, de perspectives et d'objectifs personnels. L'étude suggère donc la nécessité d'un système de soins de santé et de services sociaux plus intégré et accessible qui répond plus adéquatement aux besoins uniques des jeunes aux prises avec des conduites suicidaires. Les jeunes ont le droit et méritent une plus grande implication dans les processus décisionnels entourant les traitements qui leur sont offerts. D'un point de vue clinique, cela implique, par exemple, l'adaptation des interventions aux besoins et à la singularité de l'expérience de chaque jeune. On peut même envisager la co-conception d'intervention, qui consiste à travailler en collaboration avec les jeunes afin de développer des interventions adaptées à leurs préférences. Bref, la présente étude souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour s'attaquer aux multiples facettes de la suicidalité des jeunes, tant par la recherche que par la pratique clinique. Chaque jeune a le droit d'avoir une voix et elle mérite d'être entendue.

RÉFÉRENCES

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J. et Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). (2018). *Rapport d'étapes annuel de la stratégie numérique en prévention du suicide*. https://www.aqps.info/media/documents/StratNumerique_RapportEtape2018_AQPS_BasseReso.pdf
- Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). (2019). *Stratégie numérique en prévention du suicide : un projet en 6 axes*. <https://www.aqps.info/strategie-numerique/strategie-numerique-prevention-suicide-projet-6-620.html>
- Bartoli, A., Gozlan, G. et Sebai, J. (2019). Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : Quels freins et conditions de réussite? *Politiques et Management Public*, 36(2), 199-221. <https://doi.org/10.3166/pmp.36.2019.00013>
- Beck, F., Firdion, J. M., Legleye, S., et Schiltz, M. A. (2011). Risques suicidaires et minorités sexuelles: une problématique récente. *Agora débats/jeunesses*, 58(2), 33-46. <https://doi.org/10.3917/agora.058.0033>
- Berger, Eé., Hasking, P. et Reupert, A. (2014). “We’re working in the dark here”: Education needs of teachers and school staff regarding student self-injury. *School Mental Health*, 6(3), 201–212. <https://doi.org/10.1007/s12310-013-9114-4>
- Boutin, B. (2017). *Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide : Un outil supplémentaire pour prévenir le suicide*. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/strategie-quebecoise-numerique-en-prevention-du-suicide-un-outil-supplementaire-pour-prevenir-le-suicide-654109643.html>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: What do they say about health services?. *Journal of adolescence*, 25(2), 231-242. doi:10.1006/jado.2002.0463
- Carignan, L. (2017) *Principales approches en travail social*. Dans Turcotte, D. & Deslauriers, J.-P. (Éds). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (2^e éd.). Les Presses de l'Université Laval.
- Camirand, H., Traoré, H. I. et Bauline, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/>

statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf

- Charbonnier, É. et Graziani, P. (2013). Stress, risque suicidaire et annonce de son homosexualité. *Service social*, 59 (1), 1–16. <https://doi.org/10.7202/1017476ar>
- Charbonnier, É., Hatteschweiler, C. et Graziani, P. (2015). Risque suicidaire et stress chez les jeunes homosexuels. *Psychologie française*, 60(3), 209-222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2015.01.001>
- Christiansen, E. et Jensen, B. F. (2009). A nested case-control study of the risk of suicide attempts after discharge from psychiatric care : The role of co-morbid substance use disorder. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 63(2), 132-139. <https://doi.org/10.1080/08039480802422677>
- Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J.-M., Mirkovic, B., Knafo, A., Mahé, V., Laurent, C., Renaud, J., Labelle, R., Breton, J.-J. et Gérardin, P. (2015). Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: An exploratory model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2 Suppl 1), 27–36.
- Consoli, A., Peyre, H., Speranza, M., Hassler, C., Falissard, B., Touchette, E., Cohen, D., Moro, M.-R. et Révah-Lévy, A. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: Role of perceived relationships in the family. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 1-12. doi:10.1186/1753-2000-7-8
- Cournoyer, M., Labelle, R., Berthiaume, C. et Bergeron, L. (2016). Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents? Analyses selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 41-62. <https://doi.org/10.7202/1039157ar>
- Coyne, I., McNamara, N., Healy, M., Gower, C., Sarkar, M. et McNicholas, F. (2015). Adolescents' and parents' views of child and adolescent mental health services (camhs) in Ireland. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 561-569. <https://doi.org/10.1111/jpm.12215>
- Damant, D., Poirier, M.-A. et Moreau, J. (2001). Ça prend tout un village pour élever un enfant : Une approche écologique visant le développement des enfants. Dans Dorvil, H. et Mayer, R. (dir.). *Problèmes sociaux: Étude de cas et interventions sociales* (vol. 2, p. 319-336). Presses de l'Université du Québec.
- Desmarais, D. (2016). L'approche (auto)biographique : finalités plurielles, enjeux actuels. Dans Gauthier, B. et Bourgeois, I. (dir.). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (6e éd., p. 364-398). Presses de l'Université du Québec.
- DiCorcia, D. J., Arango, A., Horwitz, A. G. et King, C. A. (2017). Methods and Functions of non-Suicidal Self-Injury among Adolescents Seeking Emergency Psychiatric Services. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(4), 693-704. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9609-7>
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. Dans Tarabulsky, G.

- Provost, M. A. Drapeau, S. et Rochette, É. (dir.). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. (pp 11- 31). Les Presses de l'Université du Québec.
- Ellis, L.A., Collin, P., Davenport, T.A., Hurley, P.J., Burns, J.M. et Hickie, I.B. (2012). Young men, mental health, and technology: implications for service design and delivery in the digital age. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), 1-9. <https://doi.org/10.2196/jmir.2291>
- Finkelstein, Y., Macdonald, E. M., Hollands, S., Hutson, J. R., Sivilotti, M. L. A., Mamdani, M. M., Koren, G. et Juurlink, D. N. (2015). Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: A population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 532-539. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00170-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00170-4).
- Forgeot, C., Fouillet, A., Thiam, M-M., Pontais I. et Caserio-Schonemann, C. (2022). Surveillance nationale des conduites suicidaires et autres troubles de santé mentale pendant la crise de la COVID-19. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(3), article S167. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.06.107>.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Chenelière éducation.
- Frosch, E., McCulloch, J., Yoon, Y. et dosReis, S. (2011). Pediatric emergency consultations: prior mental health service use in suicide attempters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research : Official Publication of the National Council for Community Behavioral Healthcare*, 38(1), 68-79. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9192-0>
- Gall, T. L., Henneberry, J. et Eyre, M. (2014). Two perspectives on the needs of individuals bereaved by suicide. *Death studies*, 38(7), 430-437. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Gardner, W., Pajer, K., Cloutier, P., Zemek, R., Currie, L., Hatcher, S., Colman, I., Bell, D., Gray, C., Cappelli, M., Duque, D. R. et Lima, I. (2019). Changing rates of self-harm and mental disorders by sex in youths presenting to ontario emergency departments: Repeated cross-sectional study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(11), 789–797. <https://doi.org/10.1177/0706743719854070>
- Gilmour, L., Ring, N. et Maxwell, M. (2019). Review: the views and experiences of suicidal children and young people of mental health support services: a meta-ethnography. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 217–229. <https://doi.org/10.1111/camh.12328>
- Guerra, S. G. et Vasiliadis, H.-M. (2016). Gender differences in youth suicide and healthcare service use. *Crisis*, 37(4), 290-298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000387>
- Gouvernement du Québec. (2015). *Programme national de santé publique 2015–2025 : Pour améliorer la santé de la population du Québec*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

- Gouvernement du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021 : Politique gouvernementale de prévention en santé*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>
- Gouvernement du Québec (2023). *Tableau de bord – performance du réseau de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFlMjRiZTFhNzk5MiJ9>
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M. R. et Botbol, M. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *Plos One*, 11(4), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- Gratton, F. et Bouchard, L. (2001). Comment des adolescents vivent le suicide d'un jeune ami : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 26 (2), 203–226. <https://doi.org/10.7202/014532ar>
- Gros, C. P., Parr, C., Wright, D. K., Montreuil, M. et Frechette, J. (2017). Hospital rules and regulations: The perspectives of youth receiving psychiatric care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(1), 18–24. <https://doi.org/10.1111/jcap.12166>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. et Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC psychiatry*, 10(113), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T. P., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E. M., Reed, J. P., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L. ... Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hausmann-Stabile, C., Gulbas, L. et Zayas, L. H. (2018). Treatment narratives of suicidal latina teens. *Archives of Suicide Research*, 22(1), 165-172. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1304305>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A. et O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J. et Appleby, L. (2009). Suicide

in recently discharged psychiatric patients : A case-control study. *Psychological Medicine*, 39(3), 443-449. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003644>

Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Santé Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/irsc/RR4-2-2019-fra.pdf

Jollant, F. (2022). La crise suicidaire : description, évaluation et prise en charge. *La Presse Médicale Formation*, 3(4), 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.07.013>

Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention - The case for suicide postvention. *Death studies*, 41(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>

Jordan, J., McKenna, H., Keeney, S., Cutcliffe, J., Stevenson, C., Slater, P. et McGowan, I. (2012). Providing meaningful care: Learning from the experiences of suicidal young men. *Qualitative Health Research*, 22(9), 1207-1219. <https://doi.org/10.1177/1049732312450367>

Katz, L. Y., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P. J., Chateau, D., Enns, M. W., Kozyrskyj, A. L. et Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *Canadian Medical Association Journal*, 183(17), 1977-1981. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110749>

Kumar, M. B. et Tjepkema, M. (2019). Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016): résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>

Lachal, J., Grandclerc, S., Spodenkiewicz, M. et Moro, M. R. (2018). Comment améliorer l'adhésion aux soins des adolescents suicidants après une prise en charge aux urgences: une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 44(5), 465-470. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.004>

Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R. et Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *Plos One*, 10(5), article e0127359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127359>

Lafortest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (dir.). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Gaétan Morin Éditeur.

- Lardier, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P. et Reid, R. J. (2016). Suicidal ideation among suburban adolescents: the influence of school bullying and other mediating risk factors. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 28(3), 213–231. <https://doi.org/10.2989/17280583.2016.1262381>
- Leavey, G., Rosato, M., Galway, K., Hughes, L., Mallon, S. et Rondon, J. (2016). Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: A cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0824-7>
- Lépine, R., Morin, M.-C., Saint-Jacques, M.-C., Richard, M.-C. et Paquet, J. (2016). *Comment faire? Une demande d'approbation pour un projet de maîtrise ou de thèse de doctorat aux Comités d'éthique de la recherche de l'Université Laval*. Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR). http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/devenir_chercheure_nov_2016_web.pdf
- Levesque, P., Pelletier, É. et Perron, P. A. (2019). *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2497_suicide_quebec.pdf
- Levkovich, I. et Vigdor, I. (2021). How school counsellors cope with suicide attempts among adolescents—A qualitative study in Israel. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 31(1), 63-75. <https://doi.org/10.1017/jgc.2020.14>
- Ligier, F., Giguère, C. E., Notredame, C. E., Lesage, A., Renaud, J. et Séguin, M. (2020). Are school difficulties an early sign for mental disorder diagnosis and suicide prevention? A comparative study of individuals who died by suicide and control group. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0308-x>
- Luxton, D. D., June, J. D. et Comtois, K. A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 33(1), 32-41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>
- Marcelli, D. (2012). L'énigme du suicide : État des lieux. Dans Birraux, A et Lauru, D (dir.), *L'énigme du suicide à l'adolescence* (1^{ère} éd., p.17-43). Édition Albin Michel.
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. et Zufferey, A. (2020). «J'aimerais mourir.» Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 31(2). <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec : Rapport d'évaluation*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-825-01W.pdf>

- Montreuil, M., Thibeault, C., McHarg, L. et Carnevale, F. A. (2018). Children's moral experiences of crisis management in a child mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1440–1448. <https://doi.org/10.1111/inm.12444>
- Montreuil, M., Thibeault, C., McHarg, L. et Carnevale, F. A. (2019). Moral experiences of crisis management in a child mental health setting: A participatory hermeneutic ethnographic study. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44, 80-109. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09639-4>
- Moses, T. (2018). Suicide attempts among adolescents with self-reported disabilities. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(3), 420-433. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0761-9>
- Mongeau, S., Asselin, P. et Roy, L. (2013). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social. Pour une prise en compte de la complexité. Dans Harper, E. et Dorvil, H. (dir.). *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (pp. 191-221). Presses de l'Université du Québec.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Nearchou, F. A., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., McHugh, L. et Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of adolescence*, 66, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.003>
- Nicolas, C. (2015). *Suicide et environnement organisationnel : facteurs de risque et pistes de prévention*. De Boeck.
- Norris, S. (2018). *La santé mentale des enfants et des adolescents au Canada*. Ottawa, Canada : Bibliothèque du Parlement. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2018-35-f.pdf>
- Kielan, A., Skonieczna, J., Olejniczak, D., Jablkowska-Gorecka, K., Walewska-Zielecka, B., Cieslak, I., Panczyk, M., & Gotlib, J. (2018). Analysis of the opinions of adolescents on the risk factors of suicide. *Psychiatria Polska*, 52(4), 697–705. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/78257>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : Guide de pratique clinique*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/228_doc.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014a). *Action de santé publique pour la prévention du suicide : un cadre de travail*. Bibliothèque de l'OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112853/9789242503579_fre.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2014b). *Prévention du suicide : L'état d'urgence*

mondial. Bibliothèque de l'OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf;jsessionid=62140D14E68170DC674E994D5371E63E?sequence=1

- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2017). *More than 1.2 million adolescents die every year, nearly all preventable*. <https://www.who.int/en/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>
- Paillé, P. et A. Mucchielli. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e édition). Armand Colin. https://www.academia.edu/33925118/L_analyse_qualitative_en_scienc_-_Pierre_Paille_AI
- Pearson, C. (2015). *L'incidence des problèmes de santé mentale sur les membres de la famille*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624x/2015001/article/14214-fra.htm>
- Pompili, M., Lester, D., Forte, A., Seretti, M. E., Erbuto, D., Lamis, D. A., Amore, M. et Girardi, P. (2014). Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. *The journal of sexual medicine*, 11(8), 1903-1913. <https://doi.org/10.1111/jsm.12581>
- Pugnaire Gros, C., Jarvis, S., Mulvogue, T. et Wright, D. (2012). Les interventions infirmières estimées bénéfiques par les adolescents à risque de suicide. *Santé Mentale Au Québec*, 37(2), 193–207. <https://doi.org/10.7202/1014951ar>
- Rail, L. V. (2018). La question du suicide dans la relation d'aide: un moment formateur pour l'intervenant?. *Vie sociale et traitements*, 137(1), 31-34. <https://doi.org/10.3917/vst.137.0031>
- Rassy, J., Bonin, J. P., Michaud, C. et Mathieu, L. (2019a). La recherche d'aide concernant le suicide à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(4), 230-238. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.09.008>
- Rassy, J., Mathieu, L., Michaud, C., Monday, T., Raymond, S. et Bonin, J.-P. (2019b). La théorie de la noyade émotionnelle virtuelle : une théorisation ancrée sur le processus de recherche d'aide d'adolescents à risque de suicide. *Santé Mentale Au Québec*, 44(1), 31–46. <https://doi.org/10.7202/1060274ar>
- Renaud, J., Berlim, M. T., Séguin, M., McGirr, A., Tousignant, M. et Turecki, G. (2009). Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.004>
- Renaud, J., Lesage, A. et Boivin, J. (2004). L'audit clinique: une expérience québécoise. Dans B.L. Mishara et F. Chagnon (dir.) *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Presses de l'Université du Québec. <https://canadacommons.ca/artifacts/1881867/evaluation-de-programmes-en-prevention-du-suicide/2631194/>

- Renaud, J., Séguin, M., Lesage, A. D., Marquette, C., Choo, B. et Turecki, G. (2014). Service use and unmet needs in youth suicide: a study of trajectories. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 523-530. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/706743714059010>
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, L., Leslie, B., Lam, K. et Manion, I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 542-551. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.04.006>
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Sinyor, M., Links, P. S., Tonmyr, L., Skinner, R., Bethell, J. M., Carlisle, C., Goodday, S., Hottes, T. S., Newton, A., Bennett, K., Sundar, P., Cheung, A. H. et Szatmari, P. (2014). Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 120–132. <https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120>
- Rice, S. M., Purcell, R. et McGorry, P. D. (2018). Adolescent and young adult male mental health : transforming system failures into proactive models of engagement. *Adolescent and Young Adult Male Health*, 62(3), S9-S17. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.024>
- Rimes, K. A., Shivakumar, S., Ussher, G., Baker, D., Rahman, Q. et West, E. (2019). Psychosocial factors associated with suicide attempts, ideation, and future risk in lesbian, gay, and bisexual youth : the youth chances study. *Crisis*, 40(2), 83-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000527>
- Roberge, M.-C. et Bouguezour, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec : Étude descriptive*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Roy, F. (2006). *L'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. La Direction des communications du ministère de la Santé et services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-247-02.pdf>
- Santé Canada. (2013). *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones (SNPSJA) : Cadre du programme*. Publications Santé Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniahspnia/alt_formats/pdf/pubs/promotion/_suicide/strat-prev-youth-jeunes-fra.pdf
- Schmidt, R. C. (2016). Mental health practitioners' perceived levels of preparedness, levels of confidence and methods used in the assessment of youth suicide risk. *Professional Counselor*, 6(1), 76-88. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.15241/rs.6.1.76>
- Séguin, M. (2000, octobre). *Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ?*. [communication orale] Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, Paris, France. <http://prevention.suicide.free.fr/wp-content/uploads/Comment-desamorcer-une-crise-suicidaire-avant-la-phase-aigue-ou-le-passage-a-lacte.pdf>

- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M. et Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 120-126. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.139949>
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M. et Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 863-870. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.005>
- Shearer, A., Herres, J., Kodish, T., Squitieri, H., James, K., Russon, J., Atte, T. et Diamond, G. S. (2016). Differences in mental health symptoms across lesbian, gay, bisexual, and questioning youth in primary care settings. *Journal of Adolescent Health*, 59(1), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.02.005>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. et Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. part 1: background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>.
- Silbernagel, L. et Davidson, S. (2017). Patients first: Getting youth mental health right... finally?. *Paediatrics & Child Health*, 22(3), 162-163. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx066>
- Sinclair, J. M. A., Gray, A., Rivero-Arias, O., Saunders, K. E. A. et Hawton, K. (2011). Healthcare and social services resource use and costs of self-harm patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 263-271. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0183-5>
- Suicide Action Montréal (SAM). (2020). *Facteurs de risque*. SAM. <https://suicideactionmontreal.org/suicide-facteurs-de-risque/>
- Tel-Jeunes. (2020). *Comment ça marche : 4 façons pour nous contacter*. Tel-Jeunes. <https://www.teljeunes.com/Tel-jeunes/Comment-nous-aidons/Comment-ca-marche>
- Terra, J. et Pacaut-Troncin, M. (2008). Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. *Perspectives Psy*, 47(4), 321-329. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2008474321>
- Thibodeau, L. et Perron, P.-A. (2017). *La mortalité par suicide au Québec : 1981-2014 – Mise à jour 2017*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2216_mortalite_suicide_2017_0.pdf
- Thoër, C., Noiseux, K., Siche, F., Palardy, C., Vanier, C. et Vrignaud, C. (2017). Potentiels et enjeux de l'intervention par texto: l'expérience de Tel-jeunes au Québec. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 337-354. <https://doi.org/10.7202/1040258ar>
- Vasiliadis, H. M., Lamoureux-Lamarche, C., Rochette, L., Levesque, P., Pelletier, É. et Lesage, A. (2018). Consultations médicales et types de services de santé utilisés dans les deux années précédant le suicide auprès des Québécois diagnostiqués avec et sans troubles mentaux et

troubles avec utilisation de substances. *Santé mentale au Québec*, 43(2), 153-173. <https://doi.org/10.7202/1058614ar>

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R. et Saewyc, E. M. (2017). Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender health*, 2(1), 207-216. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031>

Vitenti, L. (2018). Les déclencheurs du suicide chez les atikamekw et les anishnabek. *Drogues, santé et société*, 17 (1), 70–84. <https://doi.org/10.7202/1059139ar>

Walter, M. et Tokpanou, I. (2003). Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico-Psychologiques*, 161(2), 173–178. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(03\)00026-X](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00026-X)

Wilson, C. J., Deane, F. P., Marshall, K. L. et Dalley, A. (2010). Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 343–356. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9436-6>

Yap, M. B. H., Reavley, N. J. et Jorm, A. F. (2013). Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry Research*, 210(3), 1154–1160. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.029>

ANNEXE A

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS CONTACTÉS

La présente Annexe présente une liste exhaustive des établissements qui ont été contactés par l'étudiante chercheuse dans le cadre du processus de recrutement, qui s'est effectué en deux vagues.

Liste des établissements contactés lors de la première vague de recrutement dans la région de l'Outaouais :

- Diverses écoles secondaires de la région de l'Outaouais : Collège Saint-Alexandre, Collège Nouvelles-Frontières, Collège Saint-Joseph de Hull, École secondaire Mont-Bleu, École secondaire l'Érablière, École Secondaire du Versante
- Héberge-Ados
- Le Belvédère et Vallée Jeunesse
- Maisons de jeunes (MDJ) : M-Ados de jeunes, Adojeunes,
- Tel-Jeunes
- Apogée
- Jeunesse Idem
- L'Envol SRT Inc.

Liste des établissements contactés lors de la deuxième vague de recrutement dans la région de l'Outaouais et la région de Montréal :

- Centre éducation des adultes
- Nouvel-Horizon
- Tel-Jeunes
- Divers Centres jeunesse emploi (CJE) de la région de Montréal : CJE Montréal Centre-Ville, CJE Rosemont, CJE Centre-Sud, CJE Centre-Nord, CJE Bourassa-Sauvé, CJE Rivière-des-Prairies, CJE Marquette
- Réseau des CJE du Québec
- Avenue des jeunes
- Héberge-Ados

- L'antre-jeunes
- Coup de pouce jeunesse
- Projet Harmonie
- B.A.D.R.
- Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec (RESICQ)
- Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec (RCPSQ)
- Diverses Maisons des jeunes (MDJ) : MDJ de Pointe-aux-Trembles, MDJ – Rivière-des-Prairies, MDJ – Le Squatt d'Ahuntsic, MDJ Plateau, L'Hôte Maison
- Refuge des jeunes
- Projet Harmonie
- Accès-Cible Jeunesse Rosemont
- Fusion Jeunesse
- Vallée Jeunesse
- L'Apogée
- Centre Amitié, Ressources et Entraide pour la Jeunesse (C.A.R.E Jeunesse)
- Diverses écoles secondaires de la région de Montréal : Académie Michèle Provost, Académie de Roberval, École Georges-Vanier, École Jeanne-Mance, École Robert Gravel, Collège Ville-Marie, École Louis-Riel, École Louis-Joseph-Papineau, Collège de Montréal, Collège Jean-Eudes, École Joseph-François-Perrault, École internationale de Montréal, École Marie-Anne, École Édouard-Montpetit, École primaire et secondaire F.A.C.E.

ANNEXE B

AFFICHES DE RECRUTEMENT

JEUNES PARTICIPANT.E.S RECHERCHÉ.E.S

La trajectoire de soins d'adolescents et d'adolescentes suicidaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec



Myriam Lapensée, étudiante à la maîtrise en travail social

Nous sommes à la recherche d'adolescents et d'adolescentes, ayant commis une tentative de suicide dans la dernière année, qui souhaitent partager leur vécu dans le cadre d'une recherche à la maîtrise en travail social.

BUT DE LA RECHERCHE

Mieux comprendre l'expérience des jeunes suicidaires en lien avec les soins de santé ou les services reçus. *Comment es-tu aller chercher de l'aide ? Est-ce que les services que tu as reçus ont répondu à tes besoins ?*

CRITÈRES


- ❖ Avoir entre 13 et 17 ans
- ❖ Avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois
- ❖ Vivre dans la région de l'Outaouais
- ❖ Comprendre et parler le français

NATURE DE LA PARTICIPATION

- ❖ Une entrevue individuelle en vidéoconférence d'environ 1h30
- ❖ L'entrevue sera enregistrée (bande audio et vidéo)
- ❖ Les informations recueillies resteront confidentielles
- ❖ Tu peux te retirer du projet ou mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment, et ce, sans conséquence.

CONTACT

Pour participer à la recherche ou pour obtenir de plus amples informations :

 Myriam Lapensée



Directrice du projet de recherche : Josée Chénard, PhD

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Par soucis de confidentialité, nous vous demandons de ne pas commenter en dessous de la publication et de ne pas identifier une ou des personnes en commentaires, considérant que les personnes ayant des conduites suicidaires peuvent être soumises à de la stigmatisation. Merci de votre collaboration!

ON A BESOIN DE TOI

~
ON CHERCHE DES
JEUNES PARTICIPANT.E.S
POUR UN PROJET DE RECHERCHE



Nous sommes à la recherche d'adolescents et d'adolescentes, ayant eu des idées suicidaires dans la dernière année, qui souhaitent partager leur vécu dans le cadre d'une recherche à la maîtrise en travail social.

BUT DE LA RECHERCHE

Mieux comprendre l'expérience des jeunes avec les soins de santé ou les services reçus pour leurs idées et/ou tentatives suicidaires. *Comment es-tu allé chercher de l'aide ? Est-ce que les services que tu as reçus ont répondu à tes besoins ?*

CRITÈRES

- ❖ Avoir entre 13 et 17 ans
- ❖ Avoir eu des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois
- ❖ Comprendre et parler le français
- ❖ *Avoir envie de raconter ton expérience et de faire une différence !*

NATURE DE LA PARTICIPATION

- ❖ Une entrevue individuelle en vidéoconférence ou en personne d'environ 1h30
- ❖ L'entrevue sera enregistrée
- ❖ *Tout ce qui est dit restera confidentiel*
- ❖ Tu peux te retirer du projet ou mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment, sans conséquence.

Contacte-moi
DÈS MAINTENANT

UQO



Myriam Lapensée 



Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Par souci de confidentialité, nous vous demandons de ne pas commenter en dessous de la publication et de ne pas identifier une ou des personnes en commentaires, considérant que les personnes ayant des conduites suicidaires peuvent être soumises à de la stigmatisation.

NOUS AVONS BESOIN DE VOUS

~
ON CHERCHE DES
PARENTS ET DES INTERVENANT.E.S
POUR UN PROJET DE RECHERCHE



- Vous êtes le parent d'un adolescent ou d'une adolescente ayant eu des idées suicidaires dans le passé ?
 - Vous êtes une intervenante ou un intervenant travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires ?
- On a besoin de vous dans le cadre d'un projet de recherche à la maîtrise en travail social.

BUT DE LA RECHERCHE

Mieux comprendre le point de vue des parents, des intervenant.e.s et des jeunes quant aux services offerts aux jeunes pour leurs idées et/ou tentatives suicidaires. *Quel est votre point de vue par rapport aux services pour ces jeunes ? Quelles sont vos recommandations ?*

CRITÈRES

- ❖ Être un parent d'adolescent.e. ayant eu des conduites suicidaires dans le passé OU
- ❖ Être un.e intervenant.e. travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires
- ❖ Comprendre et parler le français

NATURE DE LA PARTICIPATION

- ❖ Une entrevue individuelle en vidéoconférence d'environ 1h00
- ❖ L'entrevue sera enregistrée
- ❖ *Tout ce qui est dit restera confidentiel et anonyme*
- ❖ Vous pouvez vous retirer du projet ou mettre fin à l'entrevue à n'importe quel moment, sans préjudice.

Contactez-moi
DÈS MAINTENANT

UQO



Myriam Lapensée



Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Par souci de confidentialité, nous vous demandons de ne pas commenter en dessous de la publication et de ne pas identifier une ou des personnes en commentaires, considérant que les personnes ayant des conduites suicidaires peuvent être soumises à de la stigmatisation. Merci de votre collaboration!

ANNEXE C
VIDÉO DE RECRUTEMENT





*ON CHERCHE DES JEUNES PARTICIPANT.E.S
POUR UN PROJET DE RECHERCHE !*

CREATED USING
POWTOON

Ça concerne qui ?

*Des ados de
13 à 17 ans*

*Qui ont eu des idées
suicidaires dans la
dernière année*

*Et qui ont envie de nous parler des
services offerts aux jeunes*

CREATED USING
POWTOON

Savais-tu que ?

Plus de la moitié des jeunes
suïcidaire*s* rapportent une
expérience négative des
services de santé



CREATED USING
POWTOON

TOI

Tu en penses quoi ?

*On a besoin de ton opinion
pour améliorer les services
pour les jeunes*

CREATED USING
POWTOON

L'objectif du projet ?

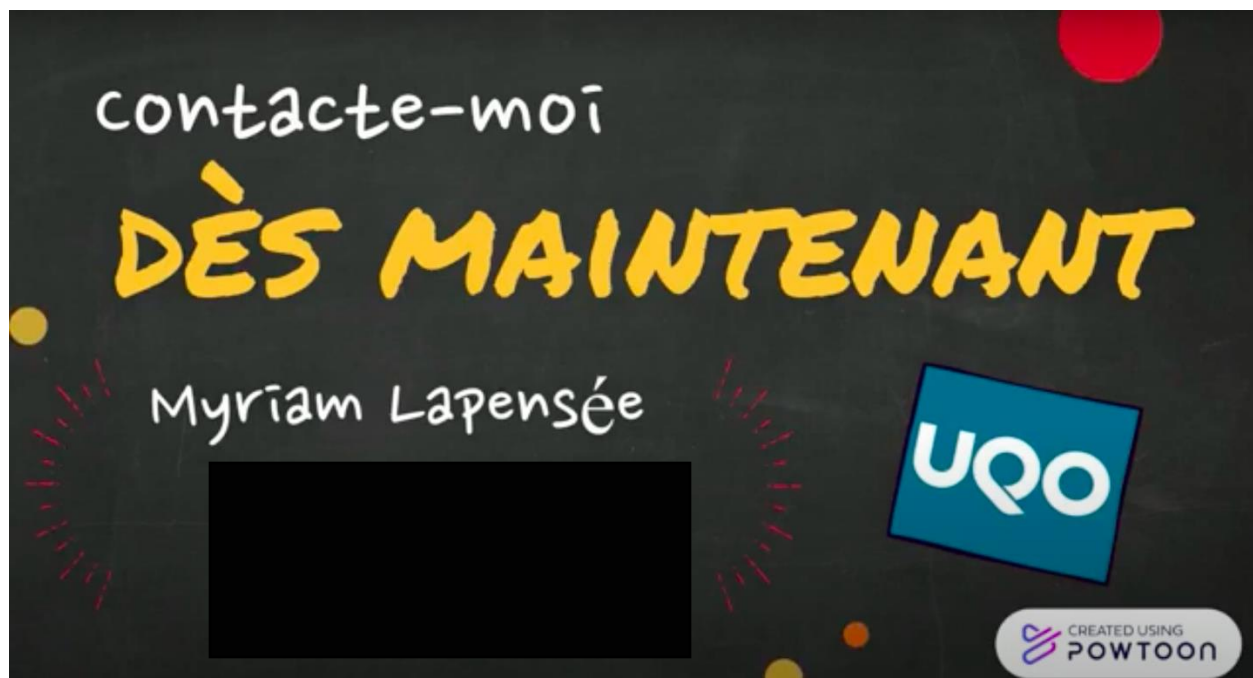
- Mieux comprendre l'expérience des jeunes qui ont reçu des services en lien avec le suicide

CREATED USING
POWTOON

Viens nous parler et faire une
DIFFÉRENCE

* Tout restera confidentiel *

CREATED USING
POWTOON



Hyperlien du vidéo de recrutement : <https://www.youtube.com/watch?v=CK4fpS2ZoVM>

ANNEXE D

GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ AUPRÈS DES JEUNES

Rappel : Le projet a comme objectif de mieux comprendre le point de vue des jeunes quant aux services offerts pour les adolescents et adolescentes âgés de 13 à 17 ans en lien avec le suicide.

Question de recherche : Comment est vécue l'expérience de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et qu'en pensent des intervenant-es ?

Mise en contexte de l'entrevue :

- Durée de l'entrevue : entre 60 et 90 minutes
- Thèmes abordés lors de l'entrevue :
 - o Les tentatives de suicide et leurs contextes
 - o Les moyens de demander de l'aide
 - o Les services que tu as reçus
 - o Ton appréciation des services que tu as reçus
- Obtention du consentement ou de l'assentiment verbal du jeune et/ou du parent

Question 1 : Parle-moi un peu de toi.

1. Comment ça va à l'école ? Avec tes amis ? Avec ta famille ?
2. Qu'est-ce que ta meilleure amie ou ton meilleur ami pourrait me dire à propos de toi ?

Question 2 : Parle-moi du moment où le suicide est entré dans ta vie.

1. C'est arrivé quand? À quel moment est arrivée ta première tentative de suicide ?
2. Quel(s) moyen(s) as-tu utilisé pour tenter de te suicider ?
3. Qu'est-ce qui se passait dans ta vie à ce moment?
4. Selon toi, quel a été l'élément qui t'a poussé à faire ta tentative de suicide ?
5. Est-ce que c'était ta première tentative de suicide ? Sinon, combien ? Quel était le contexte de ta deuxième tentative de suicide ? Est-ce que c'était similaire à la première fois ?

Question 3 : Parle-moi de ce que tu as fait quand tu as commencé à avoir des idées suicidaires.

1. À qui as-tu parlé de tes idées suicidaires? À qui aurais-tu aimé en parler?
2. Qu'est-ce qui t'a influencé à aller chercher, ou non, de l'aide en lien avec tes idées suicidaires ? Qu'est-ce qui t'a empêché d'aller chercher de l'aide ? Pourquoi?
3. De quoi avais-tu besoin à ce moment?
4. Avais-tu déjà reçu des services avant ?

Confirmation du consentement/assentiment du jeune

Toutes les informations que tu me donnes aujourd'hui m'aident beaucoup à comprendre ton expérience en lien avec ta ou tes tentative(s) de suicide. Merci !

- Est-ce que tu souhaites continuer ? As-tu besoin de faire une pause ?

Question 4 : Parle-moi de l'aide et des services que tu as reçus.

Première tentative de suicide

- a. Quels sont les services que tu as reçus ou les personnes que tu as rencontrées (service d'aide à l'école, psychologue, travailleuse sociale, psychiatre, etc.) lors de ta *première* tentative de suicide ? À quel endroit?
 - I. [*Endroit fréquenté pour les services (ex. école, CH, CLSC, CHPJ, etc.)*] : *Reposer les mêmes questions pour chaque endroit fréquenté pour des services
 - i. Qui as-tu consulté (profession) ? Pourquoi cette personne ?
 - ii. Quand as-tu consulté cette personne ? Avant ou après ta tentative de suicide?
 - iii. Qu'est-ce que tu lui as dit?
 - iv. De quoi avais-tu besoin à ce moment ?
 - v. Qu'est-ce que tu as aimé de ces rencontres ? Qu'est-ce que tu n'as pas aimé?
 - vi. C'était une expérience positive ou négative ? Qu'est-ce que la personne aurait pu faire autrement ?
 - vii. Est-ce que tu considères que cette personne t'a réellement aidé ?
 - viii. Parle-moi de ta relation avec cette personne.
 - ix. Depuis, es-tu retourné-e voir cette personne ?

Deuxième tentative de suicide (si applicable)

- a. Quels sont les services que tu as reçus ou les personnes que tu as rencontrées (service d'aide à l'école, psychologue, travailleuse sociale, psychiatre, etc.) lors de ta *deuxième* tentative de suicide ? À quel endroit?
 - I. [*Endroit fréquenté pour les services (ex. école, CH, CLSC, CHPJ, etc.)*] : **Reposer les mêmes questions pour chaque endroit fréquenté pour des services*
 - i. Qui as-tu consulté (profession) ? Pourquoi cette personne ?
 - ii. Quand as-tu consulté cette personne ? Avant ou après ta tentative de suicide ?
 - iii. Qu'est-ce que tu lui as dit?
 - iv. De quoi avais-tu besoin à ce moment ?
 - v. Qu'est-ce que tu as aimé de ces rencontres ? Qu'est-ce que tu n'as pas aimé ?
 - vi. C'était une expérience positive ou négative ? Qu'est-ce que la personne aurait pu faire autrement ?
 - vii. Est-ce que tu considères que cette personne t'a réellement aidé ?
 - viii. Parle-moi de ta relation avec cette personne.
 - ix. Depuis, es-tu retourné-e voir cette personne ?

**Répéter les mêmes questions pour une troisième tentative de suicide (si applicable)*

Question 5 : Parle-moi de ton expérience en lien avec les services que tu as reçus en lien avec ta ou tes tentative(s) de suicide.

- a. Comment les services que tu as reçus ont-ils répondu à tes besoins ? De quoi avais-tu besoin? Quels autres services aurais-tu aimé recevoir ?
- b. Si tu devais parler à tes amis des services que tu as reçus en lien avec ta tentative, qu'est-ce que tu leur dirais ?
- c. Si le ministre de la Santé était devant toi, qu'est-ce que tu lui conseillerais de mettre en plan pour les jeunes, en lien avec le suicide?

Conclusion :

- a. Y a-t-il d'autres éléments que tu aimerais partager avec moi ?
- b. Comment te sens-tu, maintenant, après avoir discuté de tout cela ?

- c. Qu'est-ce que je pourrais faire autrement la prochaine fois que je rencontre un autre jeune comme toi ?

Je tiens à te dire que c'est normal si notre rencontre a fait remonter des émotions difficiles et qu'il se peut que tu aies besoin de parler à quelqu'un après. Je te remets donc une liste de ressources que tu peux consulter suite à notre rencontre si tu en ressens le besoin.

Si nécessaire : Je vois que l'entrevue a été particulièrement difficile pour toi, j'aimerais bien te rappeler demain, à l'heure que tu veux, afin de vérifier comment tu vas et pour voir si tu as entrepris les actions qu'on a déterminées ensemble pour t'aider avec la situation. Est-ce que tu serais d'accord ?

** Choisir le moment de la relance téléphonique avec le jeune*

** Contact d'urgence : prendre le nom et les coordonnées d'une personne à contacter en cas de non-réponse du jeune*

Je te rappelle aussi que le formulaire de consentement (ou d'assentiment, s'il y a lieu) que tu as rempli au début de la rencontre contient mes coordonnées si tu as des questions ou des préoccupations. N'hésite pas à me contacter s'il y a quoi que ce soit.

Merci beaucoup de ton aide!

ANNEXE E

GUIDE D'ENTREVUE UTILISÉ AUPRÈS DES INTERVENANT·ES

Rappel : Le projet a comme objectif de mieux comprendre le point de vue des parents, des intervenant·es et des jeunes quant aux services offerts pour les adolescent·es âgé·es de 13 à 17 ans en lien avec le suicide.

- Pour se faire, on rencontre des jeunes, des intervenant·es et des parents.

Question de recherche : Comment est vécue l'expérience de jeunes aux prises avec des conduites suicidaires dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec et qu'en pensent des intervenant·es ?

Mise en contexte de l'entrevue :

- Durée de l'entrevue : entre 60 et 90 minutes
- Thèmes abordés lors de l'entrevue :
 - Les tentatives de suicide et leurs contextes
 - Les moyens de demander de l'aide
 - Les services reçus par les jeunes
 - Votre appréciation des services pour les jeunes
 - Votre expérience professionnelle en tant que personne qui intervient auprès des jeunes suicidaires

Question 1 : Parlez-moi un peu de vous et de votre travail.

- a. Depuis combien de temps travaillez-vous auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires ?
- b. Quel est votre mandat en lien avec les conduites suicidaires des jeunes dans le cadre de votre travail ?

Question 2 : Parlez-moi de la problématique des jeunes que vous rencontrez en lien avec le suicide

- a. À quel moment vos services auprès des jeunes débutent-ils, en lien avec leurs tentatives de suicide?
- b. Est-ce que la majorité des jeunes qui bénéficient de vos services ont déjà fait une tentative de suicide ?
- c. Selon vous, quels sont les éléments qui peuvent pousser un jeune à faire une tentative de suicide ?
- d. Comment qualifieriez-vous le réseau de soutien des jeunes ?

Question 3 : Parlez-moi de la demande d'aide pour les jeunes ayant des conduites suicidaires.

- a. Selon votre expérience, comment les jeunes vont-ils chercher de l'aide, ou non, en lien avec leurs idées suicidaires ?
- b. Dans la majorité des cas, quelle est la personne (jeune, parent, enseignant, intervenant) qui fait la demande d'aide pour les jeunes présentant des conduites suicidaires ?
- c. Comment êtes-vous impliqué dans la demande d'aide des jeunes en lien avec les conduites suicidaires ?
- d. Les jeunes que vous rencontrez ont-ils déjà reçu des services avant ?
- e. Selon vous, de quoi ont besoin les jeunes au moment de la demande d'aide ?

Confirmation du consentement du participant ou de la participante

Toutes les informations que vous me donnez jusqu'à présent m'aident déjà beaucoup à mieux comprendre l'expérience des professionnels en lien avec les conduites suicidaires des jeunes. Je vous remercie.

- Souhaitez-vous continuer ? Auriez-vous besoin de faire une pause ?

Question 4 : Parlez-moi de l'aide et des services pour les jeunes présentant des conduites suicidaires.

- a. Quels sont les services que vous offrez en lien avec les conduites suicidaires des jeunes ?
- b. Selon vous, est-ce que les services que les jeunes reçoivent représentent une expérience positive ou négative? Quels seraient les facteurs qui pourraient expliquer une expérience positive/négative pour les jeunes ?
- c. Considérez-vous que les services offerts aux jeunes en lien avec le suicide les aident réellement ?
- d. Comment pensez-vous que les services répondent aux besoins des jeunes? Dans quelle mesure les services offerts aux jeunes sont-ils adaptés pour répondre à leurs besoins?
- e. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait autrement afin d'améliorer l'expérience des jeunes en lien avec les services ?

Question 5 : Parlez-moi de votre propre expérience en tant que professionnel·le de la santé.

- a. Comment décririez-vous votre expérience en tant que professionnelle travaillant auprès de jeunes ayant des conduites suicidaires ?
- b. Selon vous, quelles sont les principales aptitudes professionnelles ou approches à préconiser en intervenant auprès de jeunes afin d'optimiser leur expérience en lien avec les services ?
- c. Qu'est-ce qui pourrait être fait autrement afin d'améliorer l'expérience des intervenants en lien avec les services pour les jeunes suicidaires ?
- d. Si vous étiez devant le ministre de la Santé, qu'est-ce que vous lui recommanderiez de mettre en

plan pour les jeunes, en lien avec le suicide?

Conclusion : Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez partager avec moi ?

- Y-a-t-il quelque chose de différent que je pourrais faire lors de ma prochaine entrevue avec des intervenants ?

Je vous rappelle que le formulaire de consentement que vous avez rempli au début de la rencontre contient mes coordonnées si vous avez des questions ou des préoccupations. N'hésitez pas à me contacter s'il y a quoi que ce soit. Merci beaucoup de votre aide et de votre participation à mon projet de recherche !

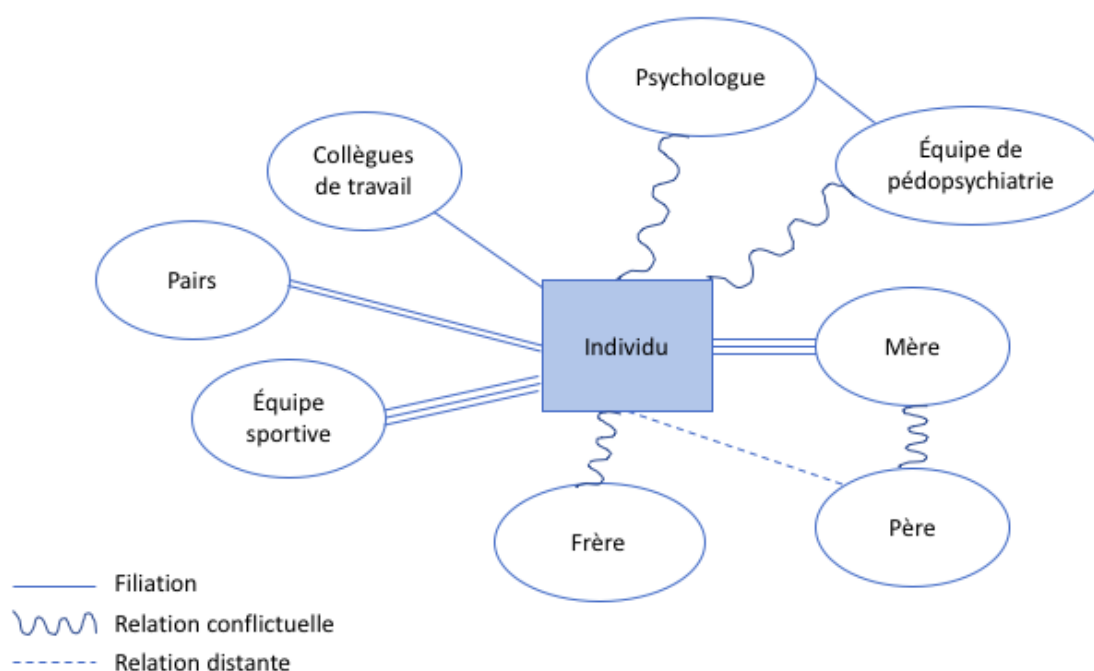
ANNEXE F

MODÈLE DE L'ÉCOCARTE

Cette annexe présente la Figure 5 qui illustre le modèle de l'écocarte, tel qu'il a été présenté aux jeunes ayant participé à l'étude lors des entretiens.

Figure 5.

Modèle de l'écocarte d'un ou d'une jeune



Note. Adapté de Mongeau, S., Asselin, P. et Roy, L. (2013). L'intervention clinique avec les familles et les proches en travail social. Pour une prise en compte de la complexité. Dans Harper, E. et Dorvil, H. (dir.). *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques* (pp. 191-221). Presses de l'Université du Québec.

ANNEXE G
FORMULAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Formulaire de données sociodémographiques

Numéro de participant-e : _____

Élément 1 : Identification personnelle

- a. À quel genre t'identifies-tu ?
- Garçon Fille Non-binaire Fluide Agenre
- Je préfère ne pas répondre
- b. Est-ce que tu t'identifies au genre assigné à ta naissance ?
- Oui Non Je préfère ne pas répondre
- c. Quel âge as-tu ? _____

Élément 2 : Environnement

- a. As-tu des frères et sœurs ?
- Oui Combien? _____
- Non
- b. Parmi les types de familles suivants, lequel correspond à la tienne :
- Famille nucléaire (deux parents encore ensemble)
- Famille recomposée
- Famille monoparentale (avec un seul parent)
- Famille adoptive
- Autre (spécifier) : _____
- c. Comment décrirais-tu le travail de tes parents ?
- _____
- d. Est-ce que tu vas à l'école présentement ?
- Oui En quelle année es-tu ? _____
- Quelle école fréquentes-tu ? _____
- Non Depuis combien de temps ? _____
- e. As-tu un emploi présentement ?
- Oui Lequel ? _____
- Non

Élément 3 : Historique médical

- i. As-tu des diagnostics de trouble de santé mentale ou physique ?
- Oui Lequel ou lesquels ? _____
- Non
- Je préfère ne pas répondre
- ii. Est-ce que tu prends des médicaments en lien avec ce diagnostic ?
- Oui Lequel ou lesquels ? _____
- Non
- Je préfère ne pas répondre
- iii. Combien de tentatives de suicide as-tu faites dans ta vie ? _____
- iv. À quand remonte ta dernière tentative de suicide ? _____
- v. Est-ce que tu consommes régulièrement de la drogue ou de l'alcool ?
- Oui Quelle(s) substance(s) ? _____
- Non
- Je préfère ne pas répondre
- vi. As-tu déjà eu ou as-tu présentement un suivi en santé mentale ?
- Oui Lequel et quand ? _____
- Non

ANNEXE H
MODÈLE DU JOURNAL DE BORD

DATE

OBJECTIFS
ACTIVITÉS
MÉTHODE UTILISÉE

RÉFLEXIONS
OBSERVATIONS

RÉSULTATS
PLAN

COMMENTAIRES

ANNEXE I
GRILLE DE CODIFICATION

Thème	Catégorie	Sous-catégorie	Note (si nécessaire)
1. Description du réseau des jeunes	1.1.Famille	1.1.1.Abus/maltraitance	
		1.1.2.Conflits familiaux	
		1.1.3.Soutien des parents	
		1.1.4.Parent absent	
		1.1.5.Santé mentale des parents	
	1.2.Réseau social	1.2.1.Soutien social	
		1.2.2.Impact de la COVID sur les amitiés	
		1.2.3.Conflits avec les amis	
		1.2.4.Relation de couple	
		1.2.5.Intimidation	
		1.2.6.Absence de personne disponible	
	1.3.Réseau de la santé	1.3.Soutien des intervenants	
		1.4.Soutien des enseignants	
2.Demande d'aide des jeunes	2.1 Barrières à la demande d'aide des jeunes	2.1.1.Solitude	
		2.1.2.Peur	Peur du jugement des autres, peur de la punition
		2.1.3.Confidentialité	
		2.1.4.Mauvaise expérience avec les services	
	2.2.Facteurs facilitants	2.2.1.Personne tierce qui initie la demande	Ami, enseignant, proche
		2.2.2.Raison de vivre	
		2.2.3.Désir d'avoir de l'aide	
		2.2.4.Informations données sur les services disponibles	
3. Besoins des jeunes	3.1.Besoin d'aide spécialisée		Professionnel.le de la santé

	3.2.Besoin d'écoute, de parler		Écoute, empathie, se sentir compris.e
	3.3.Besoin de réconfort		Rassurance
	3.4. Besoin de conseils		Solutions, conseils, aide
	3.5. Besoin de se changer les idées		
4.Disponibilité des services	4.1.Difficultés d'accès	4.1.1.Listes d'attente	
		4.1.2.Difficile à rejoindre	811 (téléphone)
		4.1.3.Manque de personnel	
	4.2.Manque de continuité	4.2.1.Rupture de services	
		4.2.2.Facilité d'accès lorsqu'un dossier est ouvert	
	4.3.Rapidité d'offre de services lors d'une hospitalisation		
5. Expérience des jeunes en CH	5.1.Expérience négative_CH	5.1.1.Absence de consentement	
		5.1.2.Mesures restrictives	Isolement, sentiment de punition
		5.1.3.Approche des professionnels	Autoritaire, stricte
		5.1.4.Perception d'inefficacité des services	Absence d'amélioration, raison floue
		5.1.5.Absence de positif	
		5.1.6.Manque de confidentialité	
		5.1.7.Incompréhension face aux médicaments	
	5.2.Expérience positive_CH	5.2.1.Référence vers services externes	
		5.2.2.Routine et modelling	
		5.2.3.Lien avec les pairs	
		5.2.4.Espace personnel	Repos, chambres individuelles
6.Expérience des jeunes en CLSC	6.1.Expérience négative_CLSC	6.1.1.Ne pas reconnaître des conduites suicidaires	

		6.1.2.Manque de confidentialité dans les groupes	
		6.1.3.Fin subite des services	
		6.1.4.Manque d'engagement dans le suivi	
		6.1.5.Forcer de se rendre au CH en cas de crise	
	6.2.Expérience positive_CLSC	6.2.1.Perception d'efficacité CLSC	
		6.2.2.Absence de négatif	
		6.2.3.Écoute empathique	
		6.2.4.Respect de la confidentialité	
		6.2.5.Collaboration interprofessionnelle	
	7.Expérience des jeunes au communautaire	7.1.Expérience positive_communautaire	7.1.1.Disponibilité des intervenants
7.1.2.Observation de résultats/changements			
7.1.3.Écoute et non-jugement			
7.1.4.Stratégies et solutions			
7.1.5.Réponse aux besoins			
7.1.6.Absence de négatif			
8.Expérience des jeunes_écoles	8.1. Expérience positive_écoles	8.1.1.Disponibilité des intervenants	Intervention ponctuelle, conseils
		8.1.2.Belle approche de compréhension	
		8.1.3.Milieu invitant	
		8.1.4.Absence de négatif	
		8.1.5. Perception d'efficacité	
9. Expérience des intervenant.es	9.1Expérience positive_intervenant.es	9.1.1.Aimer son travail	Stimulant, enrichissant
		9.1.2. Amener les jeunes à réfléchir	
	9.2.Expérience négative_intervenant.es	9.2.1.Gestion du risque suicidaire	
		9.2.2.Lourdeur	

		9.2.3.Lacunes du système de santé et de services sociaux	
		9.2.4.Manque de formation et de clarté des procédures	
10.Recommandations	10.1.Recommandations des jeunes	10.1.1.Accessibilité des services dans les écoles	
		10.1.2.Services anonymes	
		10.1.3.Mode de services	Textos, présentiel
	10.2.Recommandations des intervenant.es	10.2.1.Plus de prévention	
		10.2.2.Plus de formation et de soutien professionnel	
		10.2.3.Interventions multidisciplinaires	
		10.2.4.Meilleures conditions de travail	
		10.2.5.Intervention de proximité dans la communauté	
		10.2.6.Adapter la longueur des soins	
		10.2.7.Impliquer la famille dans le suivi	
10.2.8.Meilleure compréhension des problématiques			
11.Profil des jeunes	11.1.Santé mentale	11.1.1.Anxiété	
		11.1.2.Automutilation	
		11.1.3.Dépression	
		11.1.4.Hallucinations	
		11.1.5.Troubles alimentaires	
	11.2.Personnalité	11.2.1. Perfectionnisme	
		11.2.2. Aide tout le monde	
		11.2.3. Sensibilité	
12.Profil des intervenant.es	12.1.Mandats	Assurer la protection	
		Gestion du risque suicidaire	
		Évaluation des besoins	
		Rassurance	Jeunes, parents
	12.2. Approche préconisée	12.2.1.Approche systémique/familiale	

		12.2.2.Évaluation du risque et intervention de crise	
		12.2.3.Approche multidisciplinaire	
		12.2.4.Approche centrée sur les forces	
		12.2.5.Éducation	

ANNEXE J
CERTIFICAT ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2021-1538

Titre du projet de recherche : La trajectoire de soins d'adolescents et d'adolescentes suicidaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec : une étude qualitative basée sur le récit de vie

Chercheuse principale :

Myriam Lapensée
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice de recherche:

Josée Chénard
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 22 mars 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 22 mars 2021

Date d'échéance du certificat : 22 mars 2022

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

ANNEXE K**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES ADOLESCENT·ES**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – PARTICIPANT·E**Trajectoire de soins d'adolescents et d'adolescentes suicidaires au sein du réseau de la santé
et des services sociaux du Québec**

Myriam Lapensée – Maitrise en travail social – Dirigée par Josée Chénard

Nous demandons ta participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre **l'expérience des adolescents et adolescentes en lien avec les soins de santé et les services sociaux reçus en lien avec leurs tentatives de suicide**. Le projet de recherche ne bénéficie d'aucune forme de subvention.

Les **objectifs de ce projet de recherche** sont d'identifier la trajectoire de soins de santé et de services sociaux des jeunes ayant des conduites suicidaires, de mieux comprendre la façon qu'ont les jeunes ayant des conduites suicidaires de demander de l'aide et d'avoir accès à des services, ainsi que les facteurs qui influencent la demande d'aide. On vise aussi à documenter l'appréciation des jeunes, comme toi, qui ont fait une tentative de suicide en lien avec les services reçus, surtout afin de savoir si les services répondent à leurs besoins.

Tu es invité·e à participer à un projet de recherche qui consiste en des **entrevues semi-dirigées** d'une durée d'**environ 60 à 90 minutes** avec l'étudiante chercheuse, en vidéoconférence. Les entrevues seront **enregistrées sur bande audio et vidéo**, afin de faciliter l'analyse de données. Tu rempliras aussi un formulaire de données sociodémographiques. C'est un court formulaire avec des questions générales sur toi (âge, genre, structure familiale, scolarité, diagnostics de santé mentale, etc.). Tu rempliras aussi, avec l'étudiante chercheuse, un écocarte (un diagramme démontrant les interactions entre toi et les différentes sphères de ton environnement).

La **confidentialité des données** recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements

et politiques de l'Université du Québec en Outaouais⁵. Cela veut dire que tout ce que tu me diras dans le cadre du projet de recherche restera **secret**. Les données recueillies et les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à ton identification, ce qui veut dire que personne ne pourra te reconnaître. Au moment de la retranscription de l'entrevue, le nom de chaque participant ou participante de même que tous les noms évoqués pendant l'entrevue (amis, parents, médecins, hôpital fréquenté, etc.) seront remplacés par des **noms fictifs**, et ce, afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité. Les données recueillies seront seulement utilisées que pour les objectifs décrits dans le présent formulaire de consentement.

Il est nécessaire de t'aviser des **limites de la confidentialité** et des **obligations légales** en lien avec ta sécurité, ton bien-être ou ton intégrité. Si jamais tu me partages une information mettant en doute ta sécurité, il sera proposé d'initier la conversation avec tes parents. Si jamais une situation qui met en péril ta sécurité m'est partagée, la loi m'oblige à faire un signalement à la direction de la protection de la jeunesse (DPJ). C'est un organisme qui s'assure d'application la loi qui protège la sécurité des jeunes comme toi.

Les résultats seront diffusés dans le mémoire de maîtrise de l'étudiante chercheuse, Myriam Lapensée. Les données recueillies seront conservées sous clé au domicile de l'étudiante chercheuse et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et la directrice du projet de recherche, Madame Josée Chénard. Elles seront détruites cinq ans après la fin de la recherche. Les fichiers d'informations sur un support informatique seront détruits définitivement en utilisant un logiciel de destruction de données et les documents sous format papier seront envoyés à une entreprise spécialisée dans la destruction de données.

Ta participation à ce projet de recherche se fait sur une **base volontaire**. Tu es entièrement libre de participer ou non, et de te retirer en tout temps sans conséquence et sans avoir à te justifier. Dans ces cas, l'étudiante chercheuse s'engage à détruire toutes les données recueillies te concernant. Par exemple, elle s'assurera d'effacer l'enregistrement de l'entretien et de supprimer ses propos de tous les documents qui auront été rédigés jusque-là.

Les risques associés à ta participation sont plus que minimaux, ce qui veut dire que le projet de recherche présente certains risques pour ta santé psychologique et physique. Considérant que les entrevues portent sur un sujet sensible et délicat, celles-ci comportent certains **risques émotionnels**. En effet, il se peut que les entrevues fassent remonter des émotions difficiles ou te causent de la détresse. L'étudiante chercheuse s'engage, s'il est le cas, à mettre en place les

⁵ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, tes données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Une liste des ressources destinées aux jeunes qui pourraient avoir besoin d'un suivi professionnel à la suite de l'entrevue sera remise à tous les participants et participantes. Le projet de recherche présente aussi des **risques physiques**, étant donné que la longue durée des entrevues peut causer des inconforts physiques ou des malaises, pouvant faire en sorte que tu aies de la difficulté à te concentrer. Si jamais cela arrive, il sera possible de diviser l'entrevue en deux parties ou de prendre des pauses.

À quoi sert ta contribution au projet de recherche ? Les bénéfices directs anticipés sont la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience subjective des jeunes en lien avec les soins de santé et les services sociaux quant à leurs tentatives de suicide. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée aux participants et participantes.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Si tu as des questions concernant ce projet de recherche, communique avec **Myriam Lapensée (XXX, XXX-XXX-XXXX)**, l'étudiante chercheuse responsable du projet, ou **Josée Chénard, directrice de recherche (XXX, XXX-XXX-XXXX)**. Si tu as des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, tu peux communiquer avec André Durivage (XXX, XXX-XXX-XXXX), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Ta signature atteste que tu as clairement compris les renseignements concernant ta participation au projet de recherche et indique que tu acceptes d'y participer. Elle ne signifie pas que tu acceptes de perdre tes droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

On te remercie de bien vouloir participer au projet de recherche, ta collaboration est très précieuse !

Consentement à participer au projet de recherche :

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Nom du participant ou de la participante : _____

Signature du participant ou de la participante : _____

Date : _____

Nom de la chercheuse : ____ Myriam Lapensée ____

Signature de la chercheuse : _____

Date : _____

Un **résumé des résultats** de la recherche sera expédié aux participant·es qui en feront la demande. Si jamais tu désires recevoir un résumé des résultats, tu devras **communiquer avec moi par courriel** (adresse courriel inscrite ci-haut) et je te le renverrai, par la suite. **Les résultats ne seront pas disponibles avant le mois d'août 2022.**

LISTE DE RESSOURCES À UTILISER AU BESOIN

Les entrevues réalisées dans le cadre de cette recherche comprennent des risques émotionnels, considérant que cela peut faire resurgir des émotions difficiles ou même des idées suicidaires.

C'est pourquoi je t'encourage à utiliser ces ressources, si jamais tu en ressens le besoin.

1. Tel-Jeunes

Ligne d'écoute et service de clavardage (en ligne ou par textos) pour les jeunes de 20 ans et moins.

- ☎ 1 800 263-2266 (24/7)
- ✉ 514 600-1002 (textos, de 8h à 22h30)
- 🖥 Teljeunes.com (clavardage en ligne de 8h à 22h30)

2. Jeunesse J'écoute

Service de messagerie texte pour les jeunes en difficulté (idées suicidaires, anxiété, détresse, etc.) (24/7)

- ✉ Envoie le mot PARLER au 686868
- 📱 Application mobile *Toujours à l'écoute* (sur Apple Store ou Google Play)

3. Info-Social 811-2

Service de consultation téléphonique confidentiel. Gestion de crise suicidaire.

Tu peux les appeler si tu ne te sens pas bien, que tu as envie de parler, que tu as des inquiétudes ou que tu as des idées suicidaires.

- ☎ 811 option 2
- ☎ 1 866 APPELLE (277-3553)

4. Services de crise du Canada

Ligne de crise en lien avec le suicide.

- ☎ 1 833 456-4566 (24/7)

5. Centre d'aide 24/7

Organisme communautaire qui offre des services d'hébergement de crise. C'est un lieu sécuritaire et confidentiel où tu peux aller passer un court séjour pour te rétablir et prendre soin de toi.

- ☎ 819 595-3476
- ☎ 811 option 2 (tu peux te renseigner sur la possibilité d'aller passer du temps au centre)

6. Application mobile RÉSO

Application mobile qui te permet d'identifier des personnes de ton entourage comme réseau de soutien et qui te permet de trouver des ressources d'aide près de chez toi

- 📱 Application mobile *RÉSO* (sur Apple Store ou Google Play)

Tu peux aussi parler à un·e intervenant·e qui te suit déjà et qui pourrait t'aider si jamais tu en as de besoin. Tu peux également parler avec tes proches, des gens qui sont là pour toi. Ça fait du bien de parler quand on ne se sent pas bien.

Ne reste pas seul·e. On est là pour toi.

ANNEXE L

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES INTERVENANT·ES



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – PARTICIPANT·E

Les services jeunesse en lien avec les conduites suicidaires : Le point de vue des jeunes, des parents et des intervenant·es.

Myriam Lapensée – Maitrise en travail social – Dirigée par Josée Chénard

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre **l'expérience des adolescents et adolescentes en lien avec les soins de santé et les services sociaux reçus en lien avec leurs conduites suicidaires**. Le projet de recherche ne bénéficie d'aucune forme de subvention.

Les **objectifs de ce projet de recherche** sont de mieux comprendre la façon qu'ont les jeunes ayant des conduites suicidaires de demander de l'aide et d'avoir accès à des services, ainsi que les facteurs qui influencent la demande d'aide. On vise aussi à documenter l'appréciation des jeunes ayant des conduites suicidaires, des parents ainsi que des intervenants et intervenantes en lien avec les services offerts aux jeunes en lien avec le suicide, notamment en lien avec la réponse à leurs besoins.

Vous êtes donc invité·e à participer à un projet de recherche qui consiste en des **entrevues semi-dirigées** d'une durée d'**environ 60 à 90 minutes** avec l'étudiante chercheuse, en vidéoconférence. Les entrevues seront **enregistrées sur bande audio et vidéo**, afin de faciliter l'analyse de données.

La **confidentialité des données** recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais⁶. Tout ce qui sera dit dans le cadre du projet de recherche restera donc **anonyme et confidentiel**. Les données recueillies et les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Au moment de la retranscription de l'entrevue, le nom de chaque participant ou participante de même que tous

⁶ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, tes données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

les noms évoqués pendant l'entrevue (amis, parents, médecins, hôpital fréquenté, etc.) seront remplacés par des **noms fictifs**, et ce, afin d'assurer l'anonymat et la confidentialité. Les données recueillies seront seulement utilisées que pour les objectifs décrits dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans le mémoire de maîtrise de l'étudiante chercheuse, Myriam Lapensée. Les données recueillies seront conservées sous clé au domicile de l'étudiante chercheuse et les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante chercheuse et la directrice du projet de recherche, Madame Josée Chénard. Elles seront détruites cinq ans après la fin de la recherche. Les fichiers d'informations sur un support informatique seront détruits définitivement en utilisant un logiciel de destruction de données et les documents sous format papier seront envoyés à une entreprise spécialisée dans la destruction de données.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une **base volontaire**. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps, et ce, sans préjudice. Dans ces cas, l'étudiante chercheuse s'engage à détruire toutes les données recueillies vous concernant. Par exemple, elle s'assurera d'effacer l'enregistrement de l'entretien et de supprimer ses propos de tous les documents qui auront été rédigés jusque-là.

Les risques associés à votre participation sont minimaux, ce qui veut dire que le projet de recherche présente peu de risques pour votre santé psychologique et physique. Le projet de recherche présente certains **risques physiques**, étant donné que la longue durée des entrevues peut causer des inconforts physiques ou des malaises, pouvant affecter la capacité de concentration. Si jamais cela arrive, il sera possible de diviser l'entrevue en deux parties ou de prendre des pauses.

À quoi sert votre contribution au projet de recherche ? Les bénéfices directs anticipés sont la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience subjective des jeunes en lien avec les soins de santé et les services sociaux quant à leurs conduites suicidaires, ainsi qu'une compréhension plus approfondie du point de vue des parents et des intervenants et intervenantes travaillant auprès des jeunes ayant des conduites suicidaires. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée aux participants et participantes.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec **Myriam Lapensée (XXX, XXX-XXX-XXXX)**, l'étudiante chercheuse responsable du projet, ou **Josée Chénard, directrice de recherche (XXX, XXX-XXX-XXXX)**. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, vous pouvez communiquer avec André Durivage

(XXX ; XXX-XXX-XXXX), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez de perdre vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

On vous remercie de bien vouloir participer au projet de recherche, votre collaboration est très précieuse !

Consentement à participer au projet de recherche :

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Nom du participant ou de la participante : _____

Signature du participant ou de la participante : _____

Date : _____

Nom de l'étudiante chercheuse : ____Myriam Lapensée____

Signature de l'étudiante chercheuse : _____

Date : _____

Un **résumé des résultats** de la recherche sera expédié aux participant·es qui en feront la demande. Si jamais vous désirez recevoir un résumé des résultats, ceux-ci vous seront transmis par courriel, lorsque le projet de recherche sera terminé. **Les résultats ne seront pas disponibles avant le mois d'août 2022.**