

Vulnérabilité suicidaire des contrevenants en centre de réadaptation : présentation d'un modèle explicatif
Suicidal vulnerability among offenders in rehabilitation centers: An explanatory model
La vulnerabilidad suicida de los delincuentes en los centros de readaptación: presentación de un modelo explicativo

Laurie St-Pierre and Catherine Laurier

Volume 51, Number 2, Fall 2018

Prise en charge du suicide : entre crime, troubles mentaux et droit de mourir

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1054243ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1054243ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (print)

1492-1367 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

St-Pierre, L. & Laurier, C. (2018). Vulnérabilité suicidaire des contrevenants en centre de réadaptation : présentation d'un modèle explicatif. *Criminologie*, 51(2), 264–287. <https://doi.org/10.7202/1054243ar>

Article abstract

Young offenders are particularly at risk of suicidal ideation and both attempted and completed suicide. Williams (2001) developed the Cry of Pain model to explain the trajectory of suicide in the general population, while Joiner's (2005) interpersonal suicide model was designed to predict completed suicides. The Cry of Pain model suggests that suicidal thoughts and behaviors are the result of a process that involves a sense of defeat, the perception of being trapped, and feelings of hopelessness. The model developed by Joiner includes three additional factors : little sense of belonging, the feeling of being a burden, and an openness to the idea of suicide. A review of recent literature was conducted and personal and institutional risk factors were used to test which of the two models is most applicable to the population of interest. The results suggest that being in custody in a rehabilitation center has the potential to lead young offenders to follow the Cry of Pain trajectory. Implications for research and intervention are discussed.

Vulnérabilité suicidaire des contrevenants en centre de réadaptation : présentation d'un modèle explicatif

Laurie St-Pierre¹

*Candidate au doctorat en psychologie, Université de Sherbrooke
Laurie.Morrisseau-St-Pierre@USherbrooke.ca*

Catherine Laurier

*Chercheure, Institut universitaire Jeunes en difficulté
Professeure associée, département de psychologie, Université de Sherbrooke
Professeure associée, École de criminologie, Université de Montréal
catherine.laurier@cjm-iu.qc.ca*

RÉSUMÉ • *Les jeunes contrevenants sont une population particulièrement à risque d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides complétés. Le modèle Cry of Pain a été conçu par Williams (2001) pour expliquer la trajectoire suicidaire auprès de la population générale. Le modèle interpersonnel du suicide de Joiner (2005) a, pour sa part, été conçu pour prédire les suicides complétés. Le premier propose que les idées et comportements suicidaires résultent d'un processus qui comprend trois composantes : un sentiment de défaite, la perception d'être pris au piège et le désespoir. Le second avance plutôt que le suicide résulte de l'addition de trois facteurs : un faible sentiment d'appartenance, un sentiment de lourdeur relationnelle et une aptitude au suicide. Une recension des écrits récents a été menée, puis les facteurs de risque personnels et institutionnels soulevés ont été utilisés pour vérifier lequel des deux modèles s'applique le mieux à la population d'intérêt. Il est proposé que la situation de mise sous garde en centre de réadaptation aurait le potentiel d'enclencher la trajectoire du modèle Cry of Pain chez le jeune contrevenant. Les implications pour l'intervention et la recherche sont discutées.*

MOTS CLÉS • *Suicide, adolescents, contrevenants, modèle Cry of Pain, modèle interpersonnel du suicide.*

1. Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, 150, place Charles-Le Moyne, Longueuil (Québec), Canada, J4K 0A8.

Le suicide chez les jeunes contrevenants

Au Québec, 10 000 jeunes contrevenants reçoivent des services des centres jeunesse par année². Parmi eux, environ 430 auront une peine comportant une mise sous garde en centre de réadaptation sous la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)³ (Association des centres jeunesse du Québec, 2016). Ces jeunes sont retirés de leur milieu familial et social pour être hébergés en centre de réadaptation, ce qui constitue une situation éprouvante émotionnellement. Alors que plusieurs jeunes s'adaptent bien à ce contexte, d'autres vont grandement en souffrir, allant même jusqu'à penser au suicide. Ainsi, les jeunes contrevenants sont une population particulièrement à risque de suicide (Hayes, 2009; Radeloff *et al.*, 2015; Sedlak et McPherson, 2010; Soni, 2010; Stokes, McCoy, Abram, Byck et Teplin, 2015; Suk *et al.*, 2009; Zhou *et al.*, 2012). Le risque suicidaire, soit la probabilité d'un passage à l'acte suicidaire, présenté par les jeunes contrevenants serait de 3 à 18 fois plus grand que celui des jeunes de la population générale, tel qu'il est rapporté dans une récente recension des écrits (Casiano, Katz, Globerman et Sareen, 2013). Dans une étude québécoise menée auprès de jeunes au Centre jeunesse de Montréal, 37 % d'entre eux présentent un risque suicidaire (Laurier et Chagnon, 2011). À l'international, la prévalence de jeunes contrevenants ayant eu des idées suicidaires dans la dernière année varie de 10 à 24 % selon les études consultées (Abram *et al.*, 2008; Bhatta, Jefferis, Kavadas, Alemagno et Shaffer-King, 2014; Chapman et Ford, 2008; Gretton et Clift, 2011; Kenny, Lennings et Munn, 2008; Moore, Gaskin et Indig, 2015; Schwalbe, Gearing, MacKenzie, Brewer et Ibrahim, 2013; Sedlak et McPherson, 2010; Suk *et al.*, 2009; Williams, Grisso, Valentine et Rensburg, 2008). Entre 8,4 et 22 % des jeunes contrevenants auraient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Abram *et al.*, 2008; Bhatta *et al.*, 2014;

2. Au Québec, depuis la réforme de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (projet de loi 10), le mandat des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) est d'offrir l'ensemble des services de santé à la population. Les centres jeunesse font donc maintenant partie des CISSS ou CIUSSS de leur région et sont régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

3. Dans le présent article, puisqu'il s'agit de jeunes contrevenants, lorsqu'il est question d'hébergement en centre de réadaptation, il s'agit de jeunes recevant une mise sous garde ouverte ou fermée dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA).

Kenny *et al.*, 2008; Kiriakidis, 2008; Moore *et al.*, 2015; Sedlak et McPherson, 2010; Wasserman, McReynolds, Schwalbe, Keating et Jones, 2010). Finalement, peu nombreuses sont les études portant sur les suicides complétés, puisque le phénomène demeure tout de même rare, bien que la prévalence soit plus grande chez les jeunes dans le système de justice que chez les jeunes de la population générale, selon les données recueillies par Hayes en 2009.

Modèles explicatifs de la vulnérabilité suicidaire

La vulnérabilité suicidaire est un construit auquel de nombreux chercheurs se sont intéressés dans les dernières décennies. Ainsi, plusieurs modèles ont été élaborés dans les écrits scientifiques en psychologie afin d'expliquer la vulnérabilité suicidaire dans la population générale. Dans le présent article, deux modèles seront présentés. Le premier modèle, *Cry of Pain* (Williams, 2001), a permis un important tournant historique dans la perception de la population relativement aux personnes suicidaires. Le second, le modèle interpersonnel du suicide (Joiner, 2005), est le modèle actuellement reconnu pour expliquer la vulnérabilité suicidaire. Il a reçu de nombreux appuis dans les récentes études (Chu *et al.*, 2017).

Le modèle Cry of Pain

Au début des années 1960, alors que le suicide constituait encore un délit au Canada, Stengel (1964) présente la théorie *Cry for Help*, selon laquelle les conduites suicidaires auraient une fonction principale d'appel à l'aide. L'avènement de cette théorie a comme effet d'évacuer tout le pan de la souffrance derrière le geste suicidaire, qui est ainsi réduit à une simple méthode de recherche d'aide. Ce courant de pensée constitue l'ancêtre des croyances traditionnelles, qui persistent encore aujourd'hui, voulant que l'individu faisant un geste suicidaire recherche l'attention d'autrui.

En 2001, le modèle *Cry of Pain* de Williams propose une solution alternative à ce courant de pensée. Il avance que les comportements suicidaires devraient être interprétés comme un *cry of pain* (cri de douleur) plutôt que comme le traditionnel *cry for help* (cri d'appel à l'aide). Williams soutient que la théorie de Stengel a engendré une banalisation générale des tentatives de suicide. Il dévoue sa carrière à la défense des

victimes du suicide et dénonce le manque de compassion de la société à leur égard. Il soutient que le suicide doit être vu comme un acte individuel et non interpersonnel. Il dépeint le suicide comme un moyen pour échapper à une situation souffrante et explique qu'il se produit lorsque l'individu ne voit plus d'autre option.

Le modèle *Cry of Pain* propose que les idées et les comportements suicidaires résultent d'une situation qui comprend trois composantes : un sentiment de défaite, la perception d'être pris au piège et le désespoir (Williams, 2014). Le *sentiment de défaite* se définit comme la perception d'une subordination involontaire, où la personne se voit obligée d'adopter un rôle de soumission dans lequel elle se sent inférieure et faible. Pour sa part, la *perception d'être pris au piège* se manifeste lorsque l'individu a l'impression de ne pouvoir échapper à une situation désagréable sur laquelle il n'a pas de contrôle. Finalement, le *désespoir* est l'état où la personne peine à imaginer des événements positifs futurs. Selon Williams, les trois composantes s'inscrivent dans un processus de développement de la vulnérabilité suicidaire qui va comme suit : la personne se retrouve dans une situation où elle est convaincue d'avoir subi une défaite, elle se sent prise au piège et le sentiment de désespoir s'installe. La personne cherche alors une façon de s'échapper de la situation souffrante. À ce stade, la probabilité que la personne choisisse le suicide comme moyen d'échapper à sa situation dépendra des facteurs de risque personnels qu'elle présente. Les facteurs de risque qui sont mentionnés par Williams sont l'accès à un moyen létal, les tendances impulsives, le fait d'avoir vécu le suicide d'un proche, le fait que les suicides sont médiatisés ainsi que la consommation d'une drogue qui affecte le jugement et réduit la crainte de la mort.

Le modèle *Cry of Pain* a été étudié auprès de plusieurs populations et les résultats indiquent qu'il peut prédire adéquatement les conduites suicidaires (O'Connor, 2003 ; Rasmussen *et al.*, 2010 ; Slade, Edelman, Worrall et Bray, 2014 ; Taylor, Wood, Gooding et Tarrier, 2010). Ces études portaient, notamment, sur une population ayant des comportements d'automutilation (Rasmussen *et al.*, 2010), hospitalisée en raison d'une tentative de suicide (O'Connor, 2003), ou encore sur une population non clinique (Taylor *et al.*, 2010).

Une récente étude soutient le modèle *Cry of Pain* dans une population de prisonniers adultes (Slade *et al.*, 2014). Les résultats semblent indiquer que les trois composantes du modèle sont prédictives des conduites suicidaires chez les prisonniers. Sauf erreur, aucune étude québécoise

ne s'est penchée sur la pertinence du modèle *Cry of Pain* pour expliquer la vulnérabilité suicidaire des adolescents contrevenants en centre de réadaptation.

Le modèle interpersonnel du suicide

En 2005, Joiner élabore le modèle interpersonnel du suicide. Ce modèle est actuellement le plus appuyé empiriquement pour expliquer les conduites suicidaires (Chu *et al.*, 2017). Le modèle comprend trois concepts centraux. La première composante, le *faible sentiment d'appartenance*, peut se caractériser par un sentiment de solitude ou une absence de relation d'empathie réciproque. La deuxième composante, le *sentiment de lourdeur relationnelle*, réfère à l'impression d'être un fardeau pour autrui. L'individu fait un calcul selon lequel sa mort vaut plus que sa vie pour ses proches et pour la société, et pense devoir se sacrifier pour eux. La troisième composante, l'*aptitude au suicide*, se caractérise par une grande tolérance à la douleur physique et par une faible crainte de la mort. Joiner (2005) explique que certains individus acquièrent cette aptitude en raison du processus d'habituation. Ainsi, il mentionne, par exemple, ceux qui ont vécu ou ont été témoins de douleurs répétées (antécédents d'automutilation, de tentatives de suicide, maltraitance physique répétée, avoir été militaire, etc.). Selon le modèle interpersonnel du suicide, l'addition des deux premières variables suffit pour que se déploient des idées ou des conduites suicidaires chez un individu. Toutefois, l'ajout de la troisième composante est une condition nécessaire pour prédire les suicides complétés ou quasi complétés. De fait, le modèle de Joiner a été principalement conçu pour prédire les suicides complétés ou les tentatives quasi mortelles.

Une méta-analyse récente (Chu *et al.*, 2017) qui comprenait 122 échantillons visait à explorer la validité du modèle interpersonnel du suicide. De manière générale, les résultats des études des dernières années semblent indiquer que le modèle est pertinent pour prédire les idées et les conduites suicidaires. Toutefois, les tailles d'effets vont de faibles à modérées. De fait, l'interaction des trois composantes du modèle ne prédit pas mieux la vulnérabilité suicidaire que les facteurs de risque traditionnels largement explorés dans les écrits scientifiques, tel le fait de souffrir d'une psychopathologie. Toutefois, comme mentionné plus haut, le modèle interpersonnel du suicide vise surtout à prédire les suicides complétés ou les tentatives quasi

mortelles. Malheureusement, la majorité des études sur le modèle interpersonnel du suicide portait sur la présence d'idées suicidaires ou sur des tentatives de suicide.

Une étude récente soutient le modèle interpersonnel du suicide dans une population de prisonniers adultes (Mandracchia et Smith, 2015). Les résultats semblent indiquer que les deux premières composantes du modèle (*faible sentiment d'appartenance* et *sentiment de lourdeur relationnelle*) sont prédictives d'idéations suicidaires plus sévères chez les prisonniers. Pour rappel, à notre connaissance, aucune étude québécoise ne s'est penchée sur la pertinence du modèle interpersonnel du suicide pour expliquer la vulnérabilité suicidaire des adolescents contrevenants en centre de réadaptation. Parmi les études présentes dans la méta-analyse récente (Chu *et al.*, 2017), seulement 4 échantillons sur 122 (3,3 %) étaient constitués de jeunes de moins de 18 ans.

Comparaison des deux modèles

Les deux modèles présentés se distinguent d'abord par l'objectif que chacun vise. Alors que le modèle de Williams vise à décrire la trajectoire menant aux idées suicidaires et à la tentative de suicide, celui de Joiner vise plutôt à prédire les suicides complétés. De plus, le modèle *Cry of Pain* de Williams se distingue du modèle interpersonnel de Joiner par le fait qu'il est développemental. De fait, alors que le modèle de Joiner est statique et propose que les idées ou conduites suicidaires résultent d'une addition de certains facteurs, celui de Williams illustre le processus de développement de la vulnérabilité suicidaire. Finalement, le modèle de Joiner tient davantage compte des facteurs sociaux, alors que Williams expose la vulnérabilité suicidaire comme étant un phénomène individuel.

Objectif

L'objectif du présent article est d'explorer lequel des deux modèles présentés précédemment semble le mieux s'appliquer pour prédire la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants en centre de réadaptation. Cette population se distingue par ses particularités personnelles et les caractéristiques liées à la prise en charge. Aucun des deux modèles n'a été conçu pour les jeunes contrevenants et leur validité n'a jamais été étudiée auprès de cette population spécifique.

Afin de répondre à l'objectif, une recension des écrits est menée pour explorer les facteurs de risque du suicide chez la population d'intérêt. La recension des écrits scientifiques vise donc à cerner des facteurs de risque propres aux jeunes contrevenants afin de voir dans quel modèle leur vulnérabilité suicidaire semble le mieux s'inscrire.

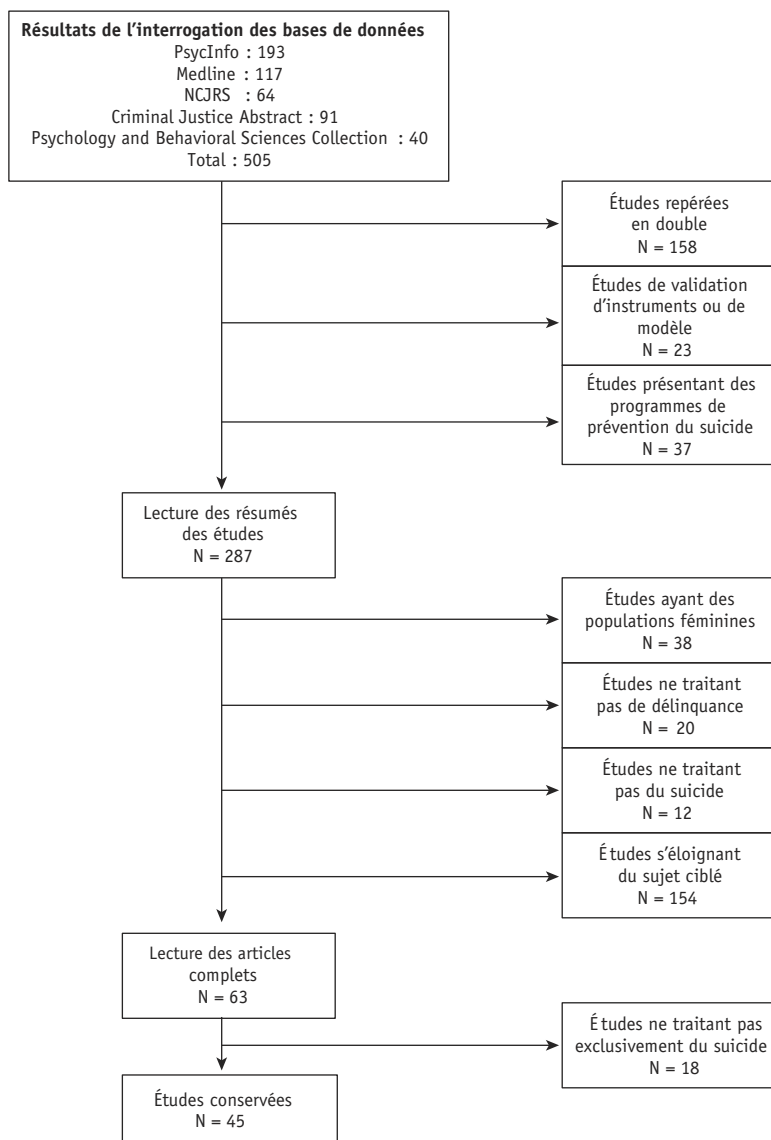
Méthode

Une recension des écrits scientifiques des facteurs de risque associés à la vulnérabilité suicidaire chez les adolescents contrevenants a été menée. À cette fin, les bases de données PsycInfo, Medline, NCJRS, Psychology and Behavioral Sciences Collection et Criminal Justice Abstract ont été interrogées à l'aide des termes suivants: *suicide OR parasuicide OR attempted suicide OR suicide ideation OR suicide prevention OR suicidology AND adolescents OR youth OR young OR juvenile OR teen AND offender OR justice OR detention OR prison OR delinquent OR incarcerated OR correction*. Les années 2008 à 2016 ont été ciblées, la dernière recension des écrits de Laurier étant datée de 2008 (Laurier, 2008). Les articles en français et en anglais seulement ont été retenus, pour un total de 45 articles. Le schéma suivant présente les étapes de sélection des articles.

Facteurs de risque du suicide chez les jeunes contrevenants

Les écrits scientifiques portent à croire que certains facteurs de risque particulièrement prévalents chez les jeunes délinquants les fragilisent sur le plan suicidaire, mais aussi que la mise sous garde en centre de réadaptation contribue à cette vulnérabilité. Les individus présentant des facteurs de risque personnels seraient, avant même leur arrivée dans le système de justice, plus à risque de suicide que leurs confrères n'affichant pas ces facteurs prédisposants. Les facteurs de risque liés à la mise sous garde en centre de réadaptation s'ajoutent à cette vulnérabilité déjà présente. La mise sous garde en centre de réadaptation constituerait la goutte qui fait déborder le vase. Les facteurs de risque personnels seront d'abord présentés, suivis des facteurs de risque institutionnels.

FIGURE 1
Schéma de sélection des études



Facteurs de risque personnels

Souffrir d'une psychopathologie

Dans les écrits scientifiques, la présence de psychopathologie est présentée comme le facteur le plus souvent associé au risque suicidaire des adolescents (Kutcher et Szumilas, 2008; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011; Mallett, DeRigne, Quinn et Stoddard-Dare, 2012; Stokes *et al.*, 2015). Selon un rapport du réseau de la santé publique du Canada, 90% des jeunes décédés par suicide avaient au moins un diagnostic en santé mentale, troubles intériorisés et extériorisés confondus. Les diagnostics que l'on retrouve le plus souvent chez les jeunes suicidés sont les troubles affectifs, le trouble des conduites et le trouble d'utilisation de substances (Kutcher et Szumilas, 2008). Ces diagnostics, en plus de plusieurs autres, sont particulièrement présents au sein de la population de jeunes contrevenants (Gretton et Clift, 2011; Schwalbe *et al.*, 2013; Sedlak et McPherson, 2010; Wasserman *et al.*, 2010). Les écrits scientifiques montrent que ces jeunes sont particulièrement à risque de problèmes de santé mentale (Nolen *et al.*, 2008; Radeloff *et al.*, 2015; Schwalbe *et al.*, 2013; Soni, 2010; Wasserman *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2008). De fait, les études laissent entendre que 60 à 92% de ces jeunes répondent aux critères d'au moins une psychopathologie, évaluée à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-IV et DISC-V) (Gretton et Clift, 2011; Schwalbe *et al.*, 2013; Wasserman *et al.*, 2010; Williams *et al.*, 2008) et que la concomitance entre les troubles internalisés et externalisés est fréquente au sein de cette population (Schwalbe *et al.*, 2013; Wasserman *et al.*, 2010). Plusieurs études se sont intéressées à l'impact de la présence de psychopathologie sur le risque suicidaire des jeunes contrevenants. Le fait de souffrir d'au moins une psychopathologie s'avère un facteur de risque majeur à la vulnérabilité suicidaire (Bhatta *et al.*, 2014; Kenny *et al.*, 2008; Laurier, 2008; Mallett *et al.*, 2012; Moore *et al.*, 2015; National Action Alliance for Suicide Prevention, 2013; Nolen *et al.*, 2008; Stokes *et al.*, 2015; Suk *et al.*, 2009).

Les études rapportent d'abord que les troubles affectifs, tels que la dépression et l'anxiété, sont fortement associés au risque suicidaire (Casiano *et al.*, 2013; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011; Sedlak et McPherson, 2010; Wasserman *et al.*, 2010). Le lien entre la dépression et le suicide est très bien étayé dans les écrits scientifiques (Abram *et al.*, 2008; Bhatta *et al.*, 2014; Chapman et Ford, 2008; Hayes, 2009;

Laurier, 2008; Mallett *et al.*, 2012; Moore *et al.*, 2015; National Action Alliance for Suicide Prevention, 2013; Nolen *et al.*, 2008; Stokes *et al.*, 2015; Suk *et al.*, 2009). Mallett et ses collaborateurs (2012) avancent que les jeunes contrevenants ayant un diagnostic de dépression inscrit à leur dossier, donc présentant une concomitance entre dépression et délinquance, sont dix fois plus à risque de tentative de suicide que ceux ne présentant pas ce diagnostic.

L'anxiété est aussi bien documentée dans les écrits scientifiques comme facteur de risque du suicide (Abram *et al.*, 2008; Kenny *et al.*, 2008; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011; Nolen *et al.*, 2008; Suk *et al.*, 2009). Selon Wasserman et collaborateurs (2010), 20% des jeunes contrevenants présenteraient un trouble anxieux. L'anxiété prédisposerait à un plus grand risque de présenter des idées suicidaires (Suk *et al.*, 2009) et de faire une tentative de suicide (Abram *et al.*, 2008).

Le trouble des conduites, se caractérisant par des conduites agressives et une violation des règles et des normes sociales, est le trouble de santé mentale le plus prévalent au sein de la population de jeunes contrevenants (Gretton et Clift, 2011; Wasserman *et al.*, 2010). Cela n'est pas surprenant étant donné que la violation des règles est la raison pour laquelle ils sont pris en charge par le système de justice et donc qualifiés de contrevenants. La présence de ce diagnostic est connue comme un facteur de risque du suicide chez cette population (Gretton et Clift, 2011; Laurier, 2008; Nolen *et al.*, 2008). Les jeunes ayant un trouble des conduites sont significativement plus nombreux à avoir déjà fait une tentative au cours de leur vie (Nolen *et al.*, 2008).

Finalement, les jeunes contrevenants sont particulièrement à risque de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique. Ce trouble résulte de l'exposition à un événement traumatique et se caractérise par des symptômes envahissants. Les études rapportent que 70 à 89% des jeunes contrevenants auraient vécu au moins un événement potentiellement traumatique dans leur vie, mais tous ces jeunes ne développent pas le trouble (Ford, Hartman, Hawke et Chapman, 2008; Sedlak et McPherson, 2010). Le trouble de stress post-traumatique est présenté dans les écrits scientifiques comme étant un facteur de risque important quant à la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants (Casiano *et al.*, 2013; Chapman et Ford, 2008; Stokes *et al.*, 2015; Suk *et al.*, 2009).

Consommer de l'alcool ou des drogues

Le fait de consommer des substances psychoactives ou de l'alcool est associé au risque suicidaire, autant chez les jeunes de la population générale que chez les jeunes contrevenants (Casiano *et al.*, 2013; Chapman et Ford, 2008; Kenny *et al.*, 2008; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011; Nolen *et al.*, 2008; Soni, 2010). Le fait que les jeunes contrevenants consomment plus que la population générale adolescente (Gretton et Clift, 2011; Radeloff *et al.*, 2015; Sedlak et McPherson, 2010; Wasserman *et al.*, 2010; Zhou *et al.*, 2012) les rend plus vulnérables au suicide. Le pourcentage de contrevenants juvéniles décédés par suicide qui avaient des antécédents d'abus d'alcool, de marijuana ou de cocaïne était de 73 %, selon une étude américaine (Hayes, 2009). La consommation d'alcool est présentée dans les écrits scientifiques comme un facteur lié au risque suicidaire (Bhatta *et al.*, 2014; Mallett *et al.*, 2012). Les jeunes contrevenants ayant une dépendance à l'alcool seraient dix fois plus à risque de faire une tentative de suicide (Mallett *et al.*, 2012).

Caractéristiques liées à la personnalité

L'impulsivité et la tendance au passage à l'acte (*acting out*) sont décrites dans certaines études comme des traits de personnalité prévalents au sein de la population de jeunes contrevenants ayant des idées suicidaires (Casiano *et al.*, 2013; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011; Radeloff *et al.*, 2015). Les difficultés quant à la gestion de la colère et de l'irritabilité sont aussi présentées comme des facteurs de risque du suicide chez les jeunes contrevenants, ceux ayant de la difficulté à gérer la colère étant plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires et plus nombreux à avoir fait une tentative de suicide (Bhatta *et al.*, 2014; Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011). Dans une étude québécoise (Laurier et Chagnon, 2011), les jeunes contrevenants les plus agressifs, tel qu'il est mesuré par le *Life History of Aggression*, étaient aussi les plus à risque de suicide. Certains traits de personnalité connus comme des facteurs de risque du suicide chez les adolescents de la population générale sont donc très présents au sein de la population de jeunes délinquants. Parmi ceux-ci, notons l'hostilité, l'irritabilité, la recherche de nouveauté, la témérité, les comportements de prise de risque et les comportements violents (Laurier, 2008; Laurier et Chagnon, 2011).

Avoir été victime de maltraitance physique ou sexuelle

Les écrits scientifiques indiquent que les jeunes contrevenants sont plus nombreux que les jeunes de la population générale à avoir été victimes de maltraitance (Croysdale, Drerup, Bewsey et Hoffmann, 2008 ; Gretton et Clift, 2011 ; Sedlak et McPherson, 2010). Un sondage national ($n = 7073$) estime à 30 % la prévalence de jeunes contrevenants ayant des antécédents de mauvais traitements sexuels ou physiques, tel qu'il est relevé à l'aide du *Survey of Youth in Residential Placement* (Sedlak et McPherson, 2010). Au Canada, une étude menée auprès de 140 jeunes contrevenants canadiens rapporte que 60 % d'entre eux ont déjà vécu de la violence physique, et 21 % sexuelle (Gretton et Clift, 2011). En soi, être victime de maltraitance, qu'elle soit de nature physique ou sexuelle, est un facteur de risque non négligeable quant à la vulnérabilité suicidaire (Bhatta *et al.*, 2014 ; Casiano *et al.*, 2013 ; Croysdale *et al.*, 2008 ; Ford *et al.*, 2008 ; Hayes, 2009 ; Kenny *et al.*, 2008 ; Laurier, 2008 ; National Action Alliance for Suicide Prevention, 2013 ; Sedlak et McPherson, 2010 ; Stokes *et al.*, 2015), ceux l'ayant vécu étant deux fois plus à risque de faire une tentative de suicide que ceux n'ayant pas été victimes (Croysdale *et al.*, 2008). Une étude américaine expose l'abus sexuel comme l'expérience de vie augmentant le plus le risque d'avoir des idées suicidaires et de faire une tentative (Bhatta *et al.*, 2014). Parmi les jeunes contrevenants ayant vécu un abus, un pourcentage alarmant de 29 % rapportent avoir déjà fait une tentative de suicide (Croysdale *et al.*, 2008).

Engagement dans la délinquance

Bien que les jeunes contrevenants soient plus à risque de présenter tous les facteurs énumérés précédemment, la délinquance en soi peut aussi être considérée comme un facteur de risque du suicide. De fait, l'engagement dans la délinquance implique un mode de vie qui diffère de celui des jeunes de la population générale. D'abord, le fait de choisir un mode de vie délinquant peut amener des effets délétères sur les relations familiales. Les conflits familiaux se multiplient, mettant l'adolescent plus à risque de suicide (Laurier, 2008 ; Laurier et Chagnon, 2011). Les attaches du jeune à la vie familiale sont de plus en plus pauvres et il devient à risque de se retrouver à la rue, ce qui est considéré aussi comme facteur de risque du suicide (Bhatta *et al.*, 2014). Le réseau social du jeune délinquant devient majoritairement composé de

pairs déviants, ce qui ajoute aux facteurs de risque déjà présents chez ces adolescents (Laurier, 2008 ; Laurier et Chagnon, 2011).

En plus du mode de vie caractérisant ces jeunes, les actes délinquants posés augmentent leur vulnérabilité suicidaire. D'abord, le fait d'avoir commis des crimes violents est présenté comme un facteur de risque du suicide chez les jeunes contrevenants (Kiriakidis, 2008). Ensuite, le port d'armes peut être nécessaire dans un mode de vie de délinquance, ce qui fait en sorte que ces jeunes ont accès à des moyens létaux, augmentant ainsi le risque de suicides réussis (Laurier, 2008 ; Laurier et Chagnon, 2011). Finalement, les conséquences de la délinquance, soit les sanctions disciplinaires ou judiciaires, sont connues comme facteurs de risque du suicide chez les adolescents, à cause de l'anxiété qu'elles provoquent (Laurier, 2008).

L'étude de la délinquance comme facteur de risque du suicide chez les jeunes contrevenants pose problème dans les écrits scientifiques. Du fait que les délinquants qui ne sont pas pris en charge par le système de justice sont difficilement accessibles pour la recherche, les études portent plutôt sur les jeunes contrevenants institutionnalisés. Il est alors difficile de départager l'impact de la délinquance et celui de la mise sous garde en institution. À ce titre, une étude longitudinale menée en Suède avance que les jeunes sous la protection de la jeunesse ayant un dossier délinquant en concomitance sont plus à risque de comportements suicidaires à l'âge adulte que les jeunes sous la protection de la jeunesse n'ayant pas d'antécédent de délinquance (Björkenstam, Björkenstam, Ljung, Vinnerljung et Tuvblad, 2013). Ces résultats semblent montrer que la délinquance est un facteur de risque du suicide chez les jeunes, indépendamment de la situation de mise sous garde en centre de réadaptation. Qui plus est, certaines études rapportent que le risque suicidaire augmente avec le nombre d'infractions du jeune et la gravité de la délinquance (Björkenstam *et al.*, 2013 ; Suk *et al.*, 2009).

Facteurs de risque institutionnels

Mise sous garde en institution

Bien que cette mesure soit mise en place pour la sécurité du jeune contrevenant et de la société, la mise sous garde en institution semble être un facteur de risque du suicide (Hayes, 2009 ; Laurier, 2008 ; Wasserman *et al.*, 2010 ; Zhou *et al.*, 2012). De fait, la prévalence d'idées

et de comportements suicidaires augmenterait significativement avec l'arrivée dans le système de justice (Stokes *et al.*, 2015 ; Wasserman *et al.*, 2010). Il y est avancé que la mise sous garde en institution est un événement très stressant pour un jeune, et qu'elle peut donc constituer un facteur précipitant d'idées suicidaires ou d'un passage à l'acte (Casiano *et al.*, 2013). Dans le même sens, Wasserman et ses collaborateurs (2010) comparent des jeunes contrevenants à l'entrée dans le système de justice à d'autres déjà hébergés et concluent à une augmentation significative de la psychopathologie et des tentatives de suicide pendant la mise sous garde. Aussi, une étude longitudinale avec groupe contrôle menée en Chine compare 238 jeunes contrevenants à trois moments de leur mise sous garde en centre, soit une semaine, six mois et un an après l'admission. Les résultats révèlent que les comportements anxieux et dépressifs augmentent pendant la mise sous garde (Zhou *et al.*, 2012). Comme il a été exposé plus tôt, le lien entre les troubles affectifs et le risque suicidaire est bien documenté. L'augmentation de la gravité de ces troubles pendant la mise sous garde hausserait donc du fait même le risque suicidaire chez une clientèle déjà vulnérable par les facteurs mentionnés précédemment.

Vivre l'isolement en chambre

Le Department of Justice des États-Unis rapporte que, chez les jeunes, l'isolement est dangereux et va à l'encontre des bonnes pratiques auprès de cette clientèle. Les experts affirment que les jeunes, en comparaison des adultes, sont psychologiquement trop sensibles pour supporter l'isolement en chambre (American Civil Liberties Union, 2014). De fait, comme les adolescents sont toujours en développement, les expériences traumatiques comme l'isolement peuvent avoir un effet néfaste important, notamment une aggravation des problèmes de santé mentale (Kysel, 2012). Comme il existe une forte association entre l'antécédent de confinement en chambre et le suicide, les jeunes ayant connu l'isolement étant plus à risque de se suicider ou de faire une tentative de suicide que les jeunes n'ayant pas vécu l'isolement (Hayes, 2009 ; Kysel, 2012). Les études dénotent notamment que la majorité des suicides ont lieu au moment où le jeune contrevenant est en isolement, et que la majorité des jeunes décédés par suicide avait des antécédents d'isolement en chambre (Hayes, 2009 ; Kysel, 2012). Lors de leur séjour en isolement, 12% des jeunes rapportent avoir pensé au suicide ou avoir fait une tentative (Kysel, 2012). Toutefois, les résultats de ces études

doivent être interprétés avec prudence, car il est possible que les jeunes qui subissent l'isolement en chambre présentent préalablement davantage de facteurs de risque que leurs corésidents qui ne sont pas mis en isolement. De fait, le lien entre l'isolement et le risque suicidaire en serait un de concomitance, et non de causalité.

Proposition d'un modèle explicatif

Rappelons que la recension des écrits scientifiques vise à explorer lequel des deux modèles peut le mieux expliquer la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants en centre de réadaptation. Rappelons aussi que le modèle statique de Joiner (2005) insiste sur les facteurs sociaux, alors que le modèle développemental de Williams (2001) dépeint le suicide comme un phénomène individuel.

La recension des écrits laisse supposer que certains facteurs personnels prédisposent les adolescents délinquants à une plus grande vulnérabilité suicidaire. La psychopathologie, la consommation, certains traits de personnalité, avoir été victime d'abus ainsi que la dépendance sont les facteurs de risque personnels qui font des jeunes contrevenants une population particulièrement à risque de suicide. Puis, la mise sous garde en centre de réadaptation pourrait contribuer à une augmentation subséquente de la vulnérabilité ou constituer le déclencheur des comportements suicidaires (Hayes, 2009; Wasserman *et al.*, 2010; Zhou *et al.*, 2012). De fait, la mise sous garde ainsi que l'isolement en chambre sont les deux facteurs institutionnels qui ressortent des écrits scientifiques. La vulnérabilité suicidaire semble donc s'installer dans un processus en plusieurs étapes, et un modèle développemental devrait mieux rendre compte du phénomène observé qu'un modèle statique. De plus, les facteurs de risque qui ressortent des écrits scientifiques sont personnels pour la grande majorité, ce qui va dans le sens du modèle plus individuel de Williams (2001).

D'un autre côté, il y a une parenté possible entre le *faible sentiment d'appartenance* présenté par Joiner (2005) et le sentiment que les jeunes peuvent ressentir à leur arrivée en centre de réadaptation, lorsqu'ils sont déracinés de leur milieu naturel. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à cette variable auprès de la population d'intérêt. Ainsi, les facteurs soulevés dans les écrits scientifiques ne mettent pas en évidence le *faible sentiment d'appartenance* ni un *sentiment de lourdeur relationnelle*, variables avancées par Joiner (2005). À l'inverse, les facteurs

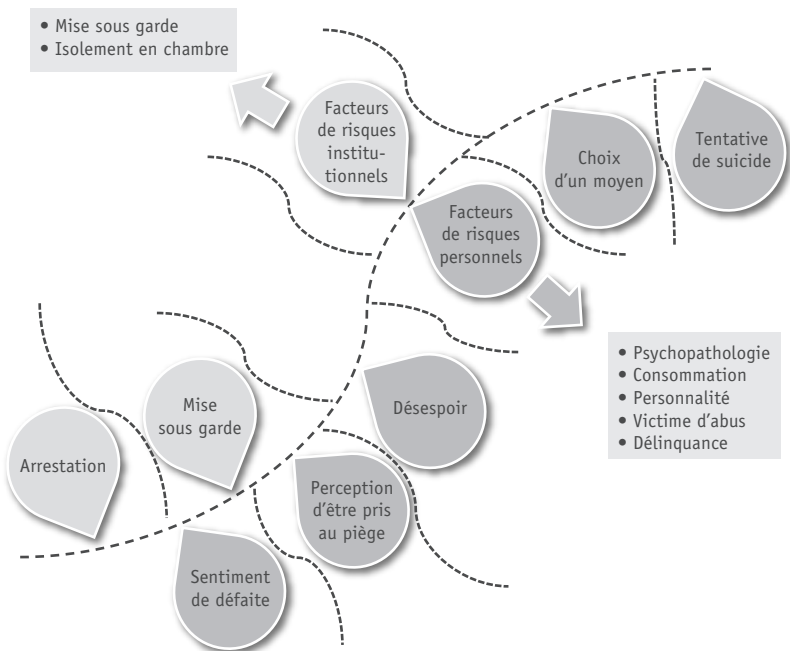
de risque institutionnels semblent s'inscrire parfaitement dans la variable *perception d'être pris au piège* de Williams. Ces constatations nous amènent à considérer le modèle *Cry of Pain* de Williams comme davantage applicable aux jeunes contrevenants.

De fait, la trajectoire illustrée par le modèle *Cry of Pain* semble particulièrement représentative du processus que traversent ces jeunes qui vivent une arrestation, puis une mise sous garde en centre de réadaptation. Ainsi, il est proposé que la situation de mise sous garde en centre de réadaptation aurait le potentiel d'enclencher la trajectoire du modèle *Cry of Pain* chez le jeune contrevenant. D'abord, lorsque l'adolescent est assujéti à une ordonnance de placement en centre de réadaptation, il y a présence de subordination involontaire face aux éducateurs, comme le décrit Williams lorsqu'il parle de *sentiment de défaite*. Le jeune se compare à ses amis délinquants qui ne se sont pas fait prendre par les autorités, et voit que son régime de vie n'est plus comme le leur (Cusson, 1974), ce qui peut lui faire vivre un sentiment de défaite. Ensuite, le jeune est susceptible d'avoir la *perception d'être pris au piège* lors de sa mise sous garde en centre de réadaptation, situation sur laquelle il n'a aucun contrôle. De fait, la mise sous garde peut constituer une situation désagréable à laquelle il ne peut échapper, fatalité que les portes verrouillées du centre de réadaptation ne cessent de lui rappeler. À cet effet, les établissements rapportant le plus haut taux de suicide sont les centres ayant une plus haute sécurité et utilisant les restrictions et la mise en retrait comme méthodes disciplinaires. De même, le fait de verrouiller les portes de chambre augmenterait de sept fois le risque suicidaire (Gallagher et Dobrin, 2006). Une autre étude montre que les jeunes en centre de réadaptation définissent leur situation de mise sous garde comme étant un événement déclencheur majeur des épisodes suicidaires (Pronovost et Leclerc, 1998). Dans l'étude en question, 49 % des conduites suicidaires rapportées par les jeunes lors d'entrevues semi-structurées étaient liées à leur situation de mise sous garde en centre de réadaptation. Principalement, cela était dû à la non-acceptation de la mise sous garde par le jeune, puis à l'application de mesures disciplinaires (Pronovost et Leclerc, 1998). Finalement, le fait d'être mis sous garde en centre de réadaptation pourrait mener à un sentiment de *désespoir* chez le jeune. La prise en charge de l'adolescent peut signifier un arrêt des activités délinquantes, qui constituent souvent l'occupation principale du jeune, mais, plus encore, un pan de son identité. Cela peut mener à une diminution de l'espoir quant au futur, le jeune ne pouvant

plus s'appuyer sur ses « compétences » délinquantes jusqu'alors actualisées et se voyant obligé de reconstruire son avenir différemment. Le modèle *Cry of Pain* laisse ensuite entendre que certains facteurs de risque personnels influenceront la probabilité que la personne choisisse le suicide comme moyen d'échapper à sa situation. Même si Williams (2014) prévoyait certains facteurs de risque chez la population générale, la présente recension des écrits a permis une exploration des facteurs de risque propres à la population d'intérêt.

Dans la Figure 2, une illustration du modèle *Cry of Pain* a été construite pour le présent article et les facteurs de risque issus de la recension des écrits ont été intégrés au modèle.

FIGURE 2
Modèle de vulnérabilité suicidaire chez les jeunes contrevenants, adaptation du modèle *Cry of Pain*



Le modèle présenté doit être lu comme une trajectoire où l'expérience d'arrestation constitue la première étape, associée au sentiment de défaite qu'elle peut induire. Ensuite, la mise sous garde en centre de

réadaptation peut amener chez l'adolescent d'abord la perception d'être pris au piège, puis le désespoir. S'ensuit le moment où le jeune se trouve devant la nécessité de choisir un moyen pour échapper à la situation. L'accumulation de facteurs de risque personnels et institutionnels rendra plus probable le choix du suicide. Les trajectoires illustrées à l'aide de lignes pointillées dans le modèle présentent le fait que l'itinéraire menant à la tentative suicidaire n'est qu'une trajectoire possible parmi plusieurs autres solutions. Ainsi, les possibilités d'intervention sont grandes lorsqu'il s'agit de prévenir le suicide.

Conclusion

La présente recension des écrits a permis de cibler les facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants. De fait, certains facteurs de risque personnels prédisposeraient les jeunes à une plus grande vulnérabilité suicidaire alors que la mise sous garde en centre de réadaptation contribuerait à l'amplification du risque de conduites suicidaires. Ainsi, le modèle *Cry of Pain* de Williams (2001) serait pertinent pour décrire le processus de développement de la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants.

La mise sous garde en centre de réadaptation est parfois essentielle pour permettre l'arrêt des activités délinquantes chez les jeunes et ainsi favoriser leur mieux-être. Paradoxalement, ce confinement, bien qu'adapté aux jeunes, peut être un événement très difficile à vivre et ainsi contribuer à la vulnérabilité suicidaire. Dans un tel contexte, il est primordial de mettre en place des interventions préventives en centre de réadaptation. Si la mise sous garde a le pouvoir de contribuer à la vulnérabilité suicidaire des jeunes, elle a aussi le pouvoir de les protéger. La mise sous garde peut donc être l'occasion d'instaurer des facteurs de protection dans la vie du jeune, le centre de réadaptation pouvant devenir pour lui un lieu sécurisant plutôt que nuisible.

D'abord, les adolescents contrevenants mis sous garde en centre de réadaptation peuvent présenter de nombreux facteurs de risque personnels avec lesquels il importe de composer en intervention. Bien que certains facteurs ne soient pas directement modulables, tel le fait d'avoir été victime de maltraitance, tous les facteurs de risque devraient être pris en considération. Sur le plan des facteurs de risque institutionnels, les pratiques en centre de réadaptation devraient être examinées à la lumière des résultats de la recension des écrits. Une attention particu-

lière devrait être portée à la perception du jeune de son arrestation et de sa mise sous garde.

Le Tableau 1 présente des interventions spécifiques allant dans le sens des résultats de la présente recension. Les interventions proposées seraient applicables dans un monde idéal et ne tiennent donc pas compte des limites des milieux. De manière générale, l'important serait de porter une attention particulière aux facteurs de risque personnels et institutionnels ainsi qu'à la trajectoire de développement de la vulnérabilité suicidaire. Ainsi, en agissant spécifiquement sur les facteurs reconnus comme les plus déterminants de la vulnérabilité suicidaire, les

TABLEAU 1

Suggestions d'interventions à mettre en place en centre de réadaptation afin de tenir compte de la vulnérabilité suicidaire des jeunes contrevenants

Facteurs de risque	Interventions proposées
Facteurs de risque personnels	
Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation psychologique des jeunes à l'arrivée en mise sous garde • Suivi thérapeutique pour le trouble de santé mentale • Tenir compte des problématiques spécifiques en santé mentale de chaque jeune lors des interventions individuelles
Consommation	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'entretien motivationnel pour amener le jeune à réfléchir à l'impact de sa consommation • Lors des sorties, privilégier la réduction des méfaits et avoir une attitude de non-jugement
Personnalité	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les ateliers de groupe sur différents thèmes tels que l'impulsivité, l'irritabilité, la gestion de la colère, la témérité, etc., cibler les jeunes les plus aptes à en bénéficier
Victime d'abus	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi thérapeutique visant les enjeux liés à l'abus
Délinquance	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'entretien motivationnel pour amener le jeune à réfléchir à l'impact de la délinquance • Ateliers de groupe se rapportant à la délinquance
Facteurs de risque institutionnels	
Mise sous garde	<ul style="list-style-type: none"> • Être sensible à la façon dont le jeune perçoit son arrestation et sa mise sous garde • À l'arrivée en mise sous garde, sonder le sentiment de défaite et la perception d'être pris au piège • Évaluer de façon constante le sentiment de désespoir chez les jeunes
Isolement en chambre	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'isolement en chambre en dernier recours, lorsque le jeune est un danger pour lui-même ou pour les autres • Accroître la surveillance lorsqu'un jeune est en isolement en chambre

intervenants pourront être en mesure d'appliquer des mesures préventives mieux ciblées.

En ce qui a trait à la recherche, il serait d'abord intéressant d'explorer le *faible sentiment d'appartenance* ainsi que le *sentiment de lourdeur relationnelle* vécu par les jeunes contrevenants afin de voir si les variables proposées par Joiner (2005) pourraient bonifier le modèle *Cry of Pain*. De plus, il serait pertinent de donner la parole aux jeunes, par un devis qualitatif, afin de se pencher plus particulièrement sur la façon dont ils perçoivent leur situation judiciaire. Cela permettrait de mieux comprendre comment la mise sous garde en centre de réadaptation peut augmenter et diminuer la vulnérabilité du jeune contrevenant.

Références

- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C. et Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 291-300. doi: 10.1097/CHI.0b013e318160b3ce
- American Civil Liberties Union. (2014). Alone & afraid: Children held in solitary confinement and isolation in juvenile detention and correctional facilities. *Correctional Mental Health Report*, 16(4), 56-62.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2016). *Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux*. Repéré à https://www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss_ceim/Menu/LeCIUSSS/Documentation/Rapports/BilanDPJ/2016_BilanDPJ.pdf
- Bhatta, M. P., Jefferis, E., Kavadas, A., Alemagno, S. A. et Shaffer-King, P. (2014). Suicidal behaviors among adolescents in juvenile detention: Role of adverse life experiences. *PLoS ONE*, 9(2), e89408. doi: 10.1371/journal.pone.0089408
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Ljung, R., Vinnerljung, B. et Tuvblad, C. (2013). Suicidal behavior among delinquent former child welfare clients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(6), 349-355. doi: 10.1007/s00787-012-0372-8
- Casiano, H., Katz, L. Y., Globerman, D. et Sareen, J. (2013). Suicide and deliberate self-injurious behavior in juvenile correctional facilities: A review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 22(2), 118-124.
- Chapman, J. F. et Ford, J. D. (2008). Relationships between suicide risk, traumatic experiences, and substance use among juvenile detainees. *Archives of Suicide Research*, 12(1), 50-61. doi: 10.1080/13811110701800830
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... Joiner, T. J. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345.

- Croysdale, A. E., Drerup, L. C., Bewsey, K. et Hoffmann, N. G. (2008). Correlates of victimization in a juvenile justice population. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(1), 103-117. doi: 10.1080/10926770802250876
- Cusson, M. (1974). *La resocialisation du jeune délinquant*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dupont, L. (2011). *Le réseau québécois de recherche sur le suicide*. Repéré à http://reseausuicide.qc.ca/documents/FRQ-Sante_recherche_en_sante_dossier_RQRS_2011-11.pdf
- Ford, J. D., Hartman, J. K., Hawke, J. et Chapman, J. F. (2008). Traumatic victimization, posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and substance abuse risk among juvenile justice-involved youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1(1), 75-92. doi: 10.1080/19361520801934456
- Gallagher, C. A. et Dobrin, A. (2006). Deaths in juvenile justice residential facilities. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 662-668. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.002
- Gretton, H. M. et Clift, R. J. W. (2011). The mental health needs of incarcerated youth in British Columbia, Canada. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(2), 109-115. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.02.004
- Hayes, L. M. (2009). Juvenile suicide in confinement—Findings from the first national survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(4), 353-363. doi: 10.1521/suli.2009.39.4.353
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kenny, D. T., Lennings, C. J. et Munn, O. A. (2008). Risk factors for self-harm and suicide in incarcerated young offenders: Implications for policy and practice. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(4), 358-382. doi: 10.1080/15228930802199317
- Kiriakidis, S. P. (2008). Bullying and suicide attempts among adolescents kept in custody. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(4), 216-218. doi: 10.1027/0227-5910.29.4.216
- Kretschmar, J. M. et Flannery, D. J. (2011). Displacement and suicide risk for juvenile justice-involved youth with mental health issues. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 797-806. doi: 10.1080/15374416.2011.614587
- Kutcher, S. P. et Szumilas, M. (2008). Youth suicide prevention. *CMJA*, 178(3), 282-285. doi: 10.1503/cmaj.071315
- Kysel, I. M. (2012). *Growing up locked down: Youth in solitary confinement in jails and prisons across the United States*. Human Rights Watch & American Civil Liberties Union.
- Laurier, C. (2008). Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants. *Frontières*, 21, 32-43. doi: 10.7202/037872ar
- Laurier, C. et Chagnon, F. (2011). Modèle interactif du risque suicidaire chez les jeunes contrevenants. *Criminologie*, 44(2), 251-278. doi: 10.7202/1005799ar
- Mallett, C., DeRigne, L. A., Quinn, L. et Stoddard-Dare, P. (2012). Discerning reported suicide attempts within a youthful offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 67-77. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00071.x

- Mandracchia, J. T. et Smith, P. N. (2015). The interpersonal theory of suicide applied to male prisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(3), 293-301.
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L. et Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Moore, E., Gaskin, C. et Indig, D. (2015). Attempted suicide, self-harm, and psychological disorder among young offenders in custody. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 243-254. doi: 10.1177/1078345815584849
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Youth in Contact with the Juvenile Justice System Task Force. (2013). *Suicidal ideation and behavior among youth in the juvenile justice system: A review of the literature*. Washington, DC.
- Nolen, S., McReynolds, L. S., DeComo, R. E., John, R., Keating, J. M. et Wasserman, G. A. (2008). Lifetime suicide attempts in Juvenile Assessment Center youth. *Archives of Suicide Research*, 12(2), 111-123. doi: 10.1080/13811110701857087
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal behavior as a cry of pain: Test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297-308. doi: 10.1080/713848941
- Pronovost, J. et Leclerc, D. (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en Centres jeunesse: faits saillants*. Repéré à: <http://www.santecom.qc.ca/Biblio-thequevirtuelle/santecom/35567000030244.pdf>
- Radeloff, D., Lempp, T., Herrmann, E., Kettner, M., Bennefeld-Kersten, K. et Freitag, C. M. (2015). National total survey of German adolescent suicide in prison. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 219-225. doi: 10.1007/s00787-014-0568-1
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., ... O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the Cry of Pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 15-30.
- Schneidman, E. S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147.
- Schwalbe, C. S., Gearing, R. E., MacKenzie, M. J., Brewer, K. B. et Ibrahim, R. W. (2013). The impact of length of placement on self-reported mental health problems in detained Jordanian youth. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 107-112. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.01.003
- Sedlak, A. J. et McPherson, K. S. (2010). Youth's needs and services: Findings from the survey of youth in residential placement. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-11.
- Slade, K., Edelmann, R., Worrall, M. et Bray, D. (2014). Applying the Cry of Pain model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Legal & Criminological Psychology*, 19(1), 131-146.
- Soni, A. (2010). *The relationship between delinquency and suicidality among adolescents* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (3401828)
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Harmondsworth, Royaume-Uni: Penguin Books.

- Stokes, M. L., McCoy, K. P., Abram, K. M., Byck, G. R. et Teplin, L. A. (2015). Suicidal ideation and behavior in youth in the juvenile justice system: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care*, 21(3), 222-242. doi: 10.1177/1078345815587001
- Suk, E., van Mill, J., Vermeiren, R., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Doreleijers, T. et Deboutte, D. (2009). Adolescent suicidal ideation: A comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 377-383. doi: 10.1007/s00787-009-0740-1
- Taylor, P. J., Wood, A. M., Gooding, P. et Tarrrier, N. (2010). Appraisals and suicidality: The mediating role of defeat and entrapment. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 236-247. doi: 10.1080/13811118.2010.494138
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Schwalbe, C. S., Keating, J. M. et Jones, S. A. (2010). Psychiatric disorder, comorbidity, and suicidal behavior in juvenile justice youth. *Criminal Justice and Behavior*, 37(12), 1361-1376. doi: 10.1177/0093854810382751
- Williams, M. (2001). *Suicide & attempted suicide: Understanding the cry of pain* (1^{re} éd.). Londres, Royaume-Uni: Diane Pub Co.
- Williams, M. (2014). *Cry of pain: Understanding suicide and the suicidal mind* (3^e éd.). Londres, Royaume-Uni: Piatkus.
- Williams, V., Grisso, T., Valentine, M. et Remsburg, N. (2008). Mental health screening: Pennsylvania's experience in juvenile detention. *Corrections Today*, 70(1), 24-27.
- Zhou, Z., Xiong, H., Jia, R., Yang, G., Guo, T., Meng, T., ... Zhang, Y. (2012). The risk behaviors and mental health of detained adolescents: A controlled, prospective longitudinal study. *PLoS ONE*, 7(5), e37199.

Lois

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. LQ. (2015). c. O-7.2.

Suicidal vulnerability among offenders in rehabilitation centers: An explanatory model

ABSTRACT • Young offenders are particularly at risk of suicidal ideation and both attempted and completed suicide. Williams (2001) developed the Cry of Pain model to explain the trajectory of suicide in the general population, while Joiner's (2005) interpersonal suicide model was designed to predict completed suicides. The Cry of Pain model suggests that suicidal thoughts and behaviors are the result of a process that involves a sense of defeat, the perception of being trapped, and feelings of hopelessness. The model developed by Joiner includes three additional factors: little sense of belonging, the feeling of being a burden, and an openness to the idea of suicide. A review of recent literature was conducted and personal and institutional risk factors were used to test which of the two models is most applicable to the population of interest. The results suggest that being in custody in a rehabilitation center has the potential to lead young offenders to follow the Cry of Pain trajectory. Implications for research and intervention are discussed.

KEYWORDS • *Suicide, youth, offenders, cry of pain model, interpersonal model of suicide.*

La vulnerabilidad suicida de los delincuentes en los centros de readaptación: presentación de un modelo explicativo

RESUMEN • *Los delincuentes jóvenes son una población con un riesgo particular de tener ideas suicidas, de tener intentos de suicidio y de suicidarse. El modelo Cry of Pain fue concebido por Williams (2001) para explicar la trayectoria suicida en la población en general. El modelo interpersonal del suicidio de Joiner (2005) fue, por su lado, concebido para predecir los suicidios llevados a cabo. El primero propone que las ideas y comportamientos suicidas son el resultado de un proceso compuesto por tres elementos: un sentimiento de pérdida, la percepción de estar atrapado y el desespero. El segundo sugiere más bien que el suicidio es el resultado de la adición de tres factores: un sentimiento débil de pertenencia, un sentimiento de pesadez emocional y una aptitud para el suicidio. Una revisión de la literatura fue realizada. Luego, los factores de riesgo personales e institucionales destacados fueron utilizados para verificar cuál de los dos modelos se aplica mejor a la población de interés. Se propone que la situación de custodia en los centros de readaptación tendría el potencial de desencadenar la trayectoria del modelo Cry of Pain en los jóvenes delincuentes. Las implicaciones para la intervención y para la investigación son discutidas.*

PALABRAS CLAVE • *Suicidio, adolescentes, delincuentes, modelo Cry of Pain, modelo interpersonal del suicidio.*