



GUIDE DE SOUTIEN

pour intervenir auprès d'un enfant
de 5 à 13 ans à risque suicidaire

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : ISBN : 978-2-550-89558-9 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec.

Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

RÉALISATION

Ce document a été réalisé à la suite d'un mandat provincial octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS) dans le cadre de la Politique Gouvernementale de Prévention en Santé (PGPS).

Avril 2021



RÉDACTION PRINCIPALE

Jeanne Bazinet, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Chantal Gohier, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Danielle Pinsonneault, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

SOUTIEN À LA RÉDACTION

Medjine Léonard, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Chiara Mara-Bolduc, courtière de connaissances, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COORDINATION – IUPLSSS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Pier B. Lortie, adjointe scientifique par intérim

Karel-Ann St-Martin, coordonnatrice, équipe des projets nationaux en transfert des connaissances

COORDINATION – MSSS

Julie Rousseau, directrice générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé par intérim

Anne-Marie Langlois, directrice du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale par intérim

Catherine Denis, conseillère en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

GROUPE D'EXPERTS (SUIVI ET VALIDATION DES TRAVAUX)

Cécile Bardon, Ph. D.
Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Directrice associée, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)

Marjorie Montreuil, Ph. D.
Professeure, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

Miguel M. Terradas, Ph. D.
Psychologue clinicien
Professeur, Département de psychologie, Université de Sherbrooke
Chercheur permanent, Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marilou Gagnon-Thibault,
Révisseuse linguistique

GRAPHISME ET ILLUSTRATIONS

Noémie Ledoux, directrice artistique et designer graphique

Marie-Anne C. Duplessis, directrice artistique, designer graphique et illustratrice

CITATION PROPOSÉE

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire, 75 pages.

REMERCIEMENTS



L'équipe des projets nationaux en transfert de connaissances de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS tient à remercier les chercheurs, les gestionnaires, les cliniciens et les professionnels qui ont participé aux différentes étapes des travaux. Merci de votre disponibilité, de votre rigueur et de votre grande générosité.

ABIVEN, Emmanuelle

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

ANGELO, Rita

CISSS de Laval

ARSENAULT, Lisa

CISSS de la Gaspésie

AHMAD, Sidara

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

BARDON, Cécile

Université du Québec à Montréal, CRISE

BÉDARD, Catherine

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

BERGERON, Aneae

Centre de santé Innulitsivik

BOUCHER, Francis

Centre de crise et de prévention du suicide
du Haut-Richelieu-Rouville

BOUSQUET, Marie-Ève

CISSS de Laval

BROSSEAU, Catherine

Centre de crise et de prévention du suicide
du Haut-Richelieu-Rouville

CARMEL, Jean Philippe

Hôpital général juif de Montréal

CARON, Daniel

Centre de crise et de prévention du suicide
du Haut-Richelieu-Rouville

COMTOIS, Dominique

Centre de services scolaire de Montréal

COTNOIR, Liza

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

COURCHESNE, Marie-Pierre

Centre de services scolaire de Montréal

COUTURE, Nathalie

CISSS de la Montérégie-Est

DAOUST, Hollie-Michelle

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

DAUDELIN, Marcel

CIUSSS de la Capitale-Nationale

DAVIGNON, Catherine

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

DENIS, Catherine

ministère de la Santé et des Services sociaux

DION, Maggie

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

DUFOUR, Geneviève

CIUSSS de la Capitale-Nationale

DOYON, Sébastien

Regroupement des centres de prévention du suicide du Québec /
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie

ÉMOND, Catherine

ministère de la Santé et des Services sociaux

ÉMOND, Louis-Philippe

CIUSSS de la Capitale-Nationale

FARRESE, Alexandre

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

GALARNEAU, Ève

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

GAUTHIER, Gabrielle

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

GÉDÉON, Nancy

CISSS de la Gaspésie

GEOFFROY, Marie-Claude

Université McGill, Groupe McGill d'études sur le suicide,
Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP),
Centre de recherche Douglas

GUEVARA, Élisabeth

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

GROLEAU, Hélène

ministère de la Santé et des Services sociaux

GYSEL, Marie-Noelle

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

HAMEL, Virginie

CISSS de Laval

HEFFEZ, Alanah

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

HUOT, Élise

Tel-jeunes

JOHN, Jasmine

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

JONHSTON, Tiffany

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

LABRÈCHE, Stéfanny

Centre de crise et de prévention du suicide de Laval L'îlot, ligne 1 866 APPELLE

LADRIE, Bernard

CIUSSS de la Capitale-Nationale

LAJOIE, Josée

Centre de services scolaire de Montréal

LAKE, Josée

psychothérapeute, consultante

LALONDE, Nathalie

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

LAPOINTE, Stéphanie

Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville

LAVIGNE-AUBIN, Jade

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

LEBLANC-LANGLOIS, Julie

Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville

LEFEBVRE-LOUIS, Jean-Philippe

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

LITALIEN, Christine

CISSS de la Gaspésie

LOGIER-PAQUETTE, Marie-Noëlle

ministère de l'Éducation du Québec

MALTAIS, Nathalie

Université du Québec à Trois-Rivières

McBREARTY, Kate

CISSS de la Gaspésie

McKEEMAN, Laura

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

MOREAU, Maggy

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

NOEL, Raphaëlle

Université du Québec à Montréal

PAQUETTE, Nancy

Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville

PARADIS, Véronique

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

PELCHAT, Lucie

Association québécoise de prévention du suicide

PELLERIN, Geneviève

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

PLANTE, Karine

ministère de la Santé et des Services sociaux

PRICE, Brooke

Centre de santé Innuitsivik

PUTUGU, Maata

Centre de santé Innuitsivik

RASSY, Jessica

Université de Sherbrooke

ROBILLARD, Élizabeth

Centre de santé Innuitsivik

SAVARD, Mélanie

ministère de la Santé et des Services sociaux

SICOTTE, Roxane

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

SUTTON, Nancy

CISSS de la Gaspésie

TERRADAS, Miguel

Université de Sherbrooke, Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire Jeunes en difficulté

THOMAS, Jennie

CISSS de Laval

TREMBLAY, Caroline

CIUSSS de la Capitale-Nationale

TRUDEL, Mélanie

ministère de la Santé et des Services sociaux

WEETALTUK, Serena

Commission scolaire Kativik Ilisarniliriniq

WILLIAMS, Janelle

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

TABLE DES MATIÈRES



À propos du guide	1
Mise en contexte	1
Comprendre le suicide chez l'enfant	2
Description de la démarche	3
À qui s'adresse ce guide?	4
Quels sont les objectifs du guide?	5
En quoi consiste ce guide?	6
Comment se déroule l'entretien clinique?	8
Les principes cliniques incontournables pour intervenir auprès d'un enfant à risque suicidaire	10
Les trois dimensions transversales à l'intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire	12
Assurer la cohérence et la continuité des services destinés aux enfants et à leur entourage	13
Mobiliser l'entourage et soutenir son pouvoir d'agir	16
Utiliser des stratégies de communication adaptées à l'enfant et à son entourage	17
Les cinq étapes du processus clinique	22
Accueillir l'enfant de façon bienveillante	23
Apaiser la souffrance psychologique	29
Analyser le risque suicidaire tout en suscitant l'espoir et la recherche de solutions	34
Convenir d'un plan d'action et clore l'entretien	46
Effectuer le suivi	53
Histoires de cas : enjeux légaux, éthiques et cliniques	60
Annexe 1 – Manifestations associées au suicide chez un enfant de 5 à 13 ans	68
Annexe 2 – Liste des personnes ayant participé aux consultations	70
Bibliographie	73

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES



AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence
CPEJ	Centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse
CPS	Centre de prévention du suicide
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
GMF	Groupe de médecine de famille
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MAAS	Manifestations associées au suicide
TES	Technicienne en éducation spécialisée

MISE EN CONTEXTE

Le décès par suicide est un phénomène peu fréquent chez les enfants de 5 à 13 ans^{1,2}. Au Québec, en 2018, on comptait six décès par suicide chez les 10 à 14 ans et aucun chez les plus jeunes³. Ce chiffre peut représenter uniquement la pointe de l'iceberg et doit être interprété avec précaution.

Plusieurs décès par suicide et tentatives de suicide chez les enfants ne seraient pas décelés, car ceux-ci peuvent être interprétés comme des accidents. Il est généralement admis que le suicide chez les enfants est un phénomène sous-estimé^{4,5,6,7,8,9}. De récentes données au Canada témoignent de l'ampleur des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les enfants de 10 à 14 ans¹⁰. Selon plusieurs chercheurs et cliniciens, une tendance similaire semble se dessiner au Québec¹¹. À titre indicatif, en 2008, on dénombrait 68 hospitalisations pour tentatives de suicide au Québec chez les 10 à 14 ans¹⁰. Ce chiffre s'élevait à 155 en 2018 (129 filles et 26 garçons)³. Les enfants qui présentent des idées ou des gestes suicidaires et leur entourage ont besoin d'une aide bienveillante et adaptée à leur réalité. Par ailleurs, le fait d'intervenir de façon adéquate et précoce auprès de l'enfant pourrait contribuer à réduire les risques de détresse et de passage à l'acte plus tard dans la vie, notamment à l'adolescence^{6,8,12}.

En réponse à ces besoins, l'équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation d'un projet visant à outiller ceux qui interviennent auprès d'enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire. Cette tranche d'âge est ciblée, car peu d'outils et de balises d'intervention concrètes viennent soutenir les professionnels qui interviennent auprès de ces enfants, alors que des outils destinés à l'intervention auprès des jeunes de 14 ans et plus sont disponibles.

COMPRENDRE LE SUICIDE CHEZ L'ENFANT

Dans le cadre de la rédaction de ce guide, le risque suicidaire chez l'enfant est compris comme un phénomène dynamique qui évolue dans le temps. Il est notamment influencé par le développement de l'enfant, sa capacité à comprendre le concept de la mort et du suicide, ses relations interpersonnelles et son environnement social. Le risque suicidaire se construit lorsque l'enfant présente des facteurs de vulnérabilité au suicide et que des éléments stressants surviennent¹³. Il est également influencé par des facteurs qui contribuent à protéger l'enfant. La compréhension du risque suicidaire se base donc sur l'analyse des éléments suivants : la vulnérabilité au suicide, les stresseurs et les facteurs de protection.

La vulnérabilité au suicide. Elle se caractérise par un ensemble de facteurs relevant des caractéristiques individuelles de l'enfant ou de son environnement qui le prédisposent aux idées et aux gestes suicidaires lorsque des éléments stressants se présenteront¹³. La vulnérabilité suicidaire fluctue avec le temps et les expériences de vie. Chez un enfant à risque suicidaire, on peut par exemple observer les facteurs de vulnérabilité suivants : un entourage avec des comportements négligents ou abusifs, un décès par suicide dans l'entourage, la présence de troubles mentaux chez l'enfant ou les parents, ou encore des antécédents d'idées ou de gestes suicidaires.

Les stresseurs. Ce sont des situations ou événements souvent ponctuels qui génèrent de la détresse ou de la souffrance chez l'enfant et qui contribuent de façon importante à déclencher les idées et les gestes suicidaires¹³. Chez un enfant à risque suicidaire, on peut par exemple

observer des situations d'intimidation, de rejet, d'échec, de conflit ou de placement. Le stresser peut parfois paraître minime ou banal à une personne extérieure, mais il est significatif pour l'enfant.

Les facteurs de protection. Ils représentent l'ensemble des ressources (personnelles et extérieures) et des forces qui aident l'enfant et qui atténuent le risque suicidaire en réduisant les effets des vulnérabilités ou en permettant une relation plus saine aux stresseurs¹⁴. Les facteurs de protection suivants peuvent contribuer à réduire le risque suicidaire chez l'enfant : des stratégies d'adaptation utilisées par le passé dans des situations d'adversité, des relations significatives, un entourage immédiat protecteur, ou encore un milieu de vie bienveillant et favorable à une santé mentale positive.

L'intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire vise donc à agir à la fois sur les facteurs de vulnérabilité au suicide et sur les stresseurs qui déclenchent sa détresse actuelle, tout en soutenant les forces qui contribuent à le protéger.

Cette intervention est réalisée dans la perspective de résorber l'épisode suicidaire actuel et de réduire le risque de récurrence à moyen et long terme.

Finalement, la mobilisation de l'entourage et le soutien qui lui est offert constituent une dimension transversale incontournable pour prévenir le suicide chez l'enfant. Plus encore qu'avec des adolescents et des adultes, les parents, la famille et les autres proches significatifs de l'enfant représentent un facteur déterminant de son bien-être émotionnel, psychologique, physique et social^{11,13,14}. L'intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage s'inscrit donc en cohérence avec une vision systémique de la problématique.

DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE



Ce guide a été coconstruit en collaboration avec un groupe d'experts des domaines de la prévention du suicide et de l'enfance. Ce groupe d'experts s'est rencontré mensuellement pour effectuer le suivi des travaux, s'assurer de l'utilisation d'une démarche scientifique et commenter, valider et bonifier le document.

Le guide met de l'avant un processus clinique et des pratiques issues d'une démarche de croisement de divers savoirs : scientifique, expérientiel et contextuel. Voici les différentes sources de données utilisées :

-
- A Analyse de la documentation scientifique** publiée au cours des 20 dernières années portant sur le suicide et sa prévention chez les enfants;
 - B Analyse de la documentation grise**, notamment des formations actuellement offertes au Québec dans le domaine de la prévention du suicide chez les enfants;
 - C Analyse sommaire des rapports de coroners** portant sur les décès par suicide chez les enfants de 5 à 15 ans au Québec entre 2014 et 2018 (42 rapports étudiés, dont 9 concernant des enfants de moins de 14 ans);
 - D Consultation par groupes de discussion** dans huit milieux de pratique afin d'observer les pratiques actuelles, les besoins et les enjeux suscités par cette problématique :
 - o Plus de 80 intervenants et gestionnaires rencontrés de février à mai 2020,
 - o Plusieurs secteurs représentés : milieux de la santé et des services sociaux, scolaire et de l'enseignement, communautaire,
 - o Plusieurs régions représentées : Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Montérégie, Gaspésie, Nunavik (baie d'Hudson et baie d'Ungava);
 - E Consultation d'experts** des domaines de la prévention du suicide et de l'enfance dans le cadre d'une session de travail de groupe :
 - o 21 experts rencontrés en février 2020,
 - o Plusieurs disciplines représentées : soins infirmiers, psychologie, psychoéducation, service social, pédopsychiatrie,
 - o Plusieurs secteurs représentés : milieux de la santé et des services sociaux, scolaire et de l'enseignement, universitaire et de la recherche, communautaire;
 - F Validation auprès d'un groupe d'experts** et de milieux cliniques (rencontre virtuelle d'échange et révision des documents) :
 - o Plus de 20 experts et cliniciens rencontrés entre mai et novembre 2020,
 - o Plusieurs secteurs représentés : milieux de la santé et des services sociaux, scolaire et de l'enseignement, universitaire et de la recherche, communautaire,
 - o Plusieurs régions représentées : Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Montérégie, Gaspésie, Nunavik (baie d'Hudson et baie d'Ungava),
 - o Plusieurs disciplines représentées : soins infirmiers, psychologie, psychoéducation, service social, pédopsychiatrie.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE?

Ce guide s'adresse à ceux qui, dans le cadre de leur fonction, doivent intervenir auprès d'enfants à risque suicidaire et de leur entourage. Ces intervenants ont notamment la responsabilité de faire l'analyse du risque suicidaire et de déterminer les mesures à mettre en place pour assurer la sécurité de l'enfant.

Ils sont de professions variées (ex. : travailleur social, psychologue, infirmière, psychoéducateur, médecin) et de différents milieux. Par exemple :

- **Milieu de la santé et des services sociaux** : centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA), équipe offrant des services de proximité spécialisés en jeunesse, équipe d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR), groupe de médecine de famille (GMF);
- **Milieu hospitalier** : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, centre hospitalier de soins psychiatriques;
- **Milieu scolaire et de l'enseignement** : centre de services scolaire, établissements d'enseignement primaire et secondaire;
- **Milieu communautaire** : centre de prévention du suicide (CPS).



Il appartient à chacun des milieux cliniques de définir clairement les rôles des différents intervenants en matière de prévention du suicide chez les enfants de 5 à 13 ans. La première section du guide, « Assurer la cohérence et la continuité des services destinés aux enfants et à leur entourage », vise à vous soutenir dans cet exercice en proposant des balises et des pistes de réflexion.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU GUIDE?

Ce guide vise à outiller les intervenants qui accompagnent les enfants à risque suicidaire et leur entourage. Il fournit des balises pour soutenir le jugement clinique. Il se veut suffisamment général pour favoriser son utilisation dans une diversité de milieux de pratique et par une diversité de professionnels, mais également suffisamment concret pour soutenir les interventions. Certains milieux pourraient juger nécessaire de développer des outils complémentaires plus spécifiques et adaptés à leur contexte d'intervention (ex. : protocole d'orientation, aide-mémoire, formulaire, etc.).



Ainsi, dans une perspective de prévention du suicide, ce guide propose des balises et des stratégies pour :

- Favoriser le bien-être émotionnel, social, mental et physique de l'enfant en demeurant à l'écoute de sa souffrance et en recherchant avec lui des solutions concrètes pour aller mieux;
- Protéger l'enfant d'un passage à l'acte suicidaire en analysant les différents éléments qui influencent le risque suicidaire et en mettant en place un plan d'action dans l'immédiat;
- Résorber l'épisode suicidaire actuel et prévenir les idées et les gestes suicidaires dans l'avenir, notamment à l'adolescence, en offrant un suivi qui :
 - Permet d'ajuster les actions et les mesures de sécurité à l'évolution du risque suicidaire et des besoins,
 - Permet d'accompagner l'enfant et son entourage dans la consolidation de leurs forces et vers l'utilisation de stratégies d'adaptation positives.

QUEL EST LE PROCESSUS CLINIQUE PROPOSÉ PAR CE GUIDE?

Ce guide propose un processus clinique pour soutenir l'intervention auprès d'enfants à risque suicidaire et de leur entourage. Ce processus clinique se décline en trois dimensions transversales à l'intervention et en cinq étapes évolutives et flexibles qui doivent être adaptées au caractère unique de chaque situation. Il nécessite en tout temps une étroite collaboration avec l'enfant, son entourage et les autres professionnels de la santé et des services sociaux ou du milieu scolaire impliqués auprès d'eux.

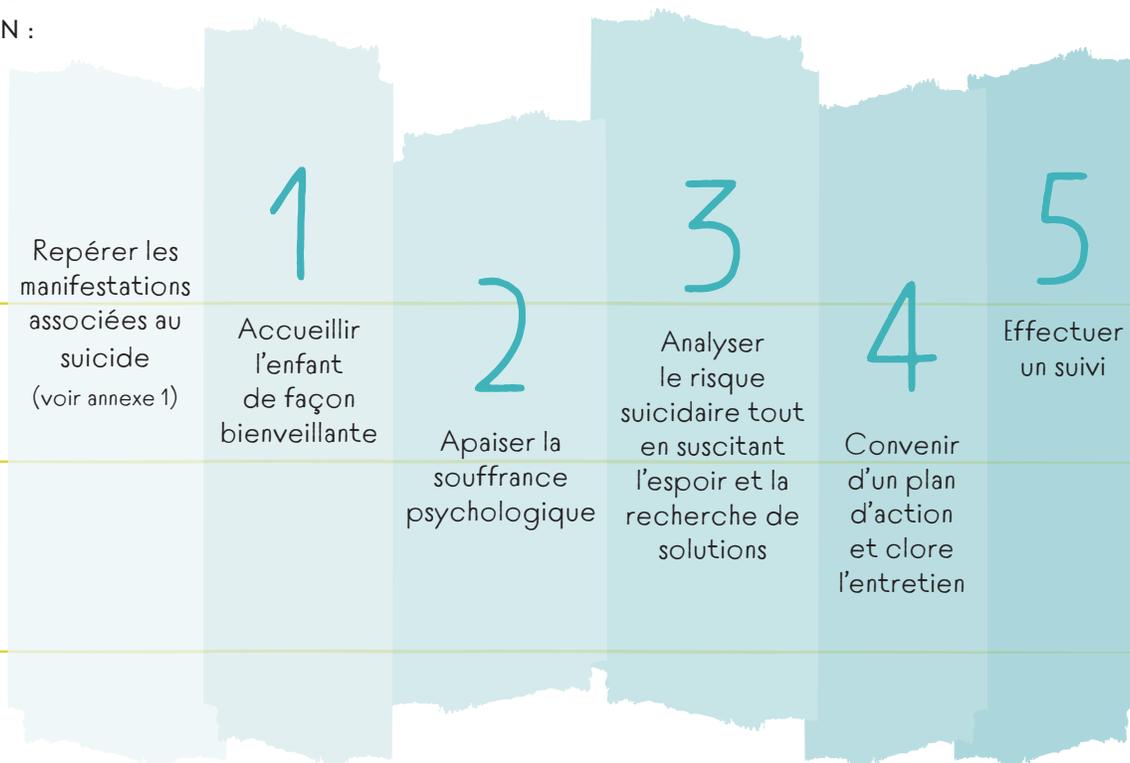
VOICI LES TROIS
DIMENSIONS
TRANSVERSALES À
L'INTERVENTION :

Assurer la cohérence et la continuité des services destinés à l'enfant et à son entourage

Mobiliser l'entourage et soutenir son pouvoir d'agir

Utiliser des stratégies de communication adaptées à l'enfant et à son entourage

VOICI LES CINQ ÉTAPES ÉVOLUTIVES ET FLEXIBLES :



Dans le cadre de ce document, il faut noter les éléments suivants :

- **L'étape du repérage (ou de la détection) chez l'enfant de manifestations associées au suicide n'est pas abordée.** Cette étape importante du processus clinique concerne un public beaucoup plus vaste que celui visé par la démarche actuelle et pourra être abordée dans un projet ultérieur. Vous trouverez toutefois en annexe 1 différentes manifestations associées au suicide qui peuvent vous aider à identifier un enfant à risque suicidaire.
- **L'enfant est considéré comme à risque suicidaire** lorsqu'il présente des idées suicidaires ou qu'il pose des gestes pouvant être associés au suicide. Cela inclut tout équivalent suicidaire (geste pour lequel la prise de risque est importante même sans intention suicidaire exprimée)¹¹.
- **Le terme « entourage »** désigne en premier lieu les parents ou tout autre titulaire de l'autorité parentale. Dans le cas d'un enfant vivant dans un milieu de vie substitué (ex. : ressource de type familial, famille d'accueil de proximité, CRJDA), l'entourage désigne les personnes responsables de l'enfant qui partagent son milieu de vie ou qui sont en mesure de l'accompagner au quotidien. De façon plus générale, le terme « entourage » peut désigner un adulte significatif ayant une relation de proximité avec l'enfant. Ainsi, un grand-parent, un enseignant ou une autre personne qui partage le quotidien l'enfant doit être considéré comme un membre essentiel de l'entourage dans un contexte de prévention du suicide.
- **Des « mots en bouche » vous seront proposés** à chacune des sections du guide. Celles-ci visent à faciliter vos communications avec l'enfant et son entourage. Vous pourrez les distinguer grâce aux symboles suivants :  
- **Des questions de réflexions** vous seront proposées à la fin de chacune des sections du guide. Celles-ci visent à soutenir votre analyse de la situation et votre jugement clinique dans le cadre d'une intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage.



COMMENT SE DÉROULE L'ENTRETIEN CLINIQUE?

Ce guide a été conçu dans une optique d'intervention en présentiel auprès de l'enfant et de son entourage. Il peut cependant être adapté aux particularités de l'intervention téléphonique, par clavardage ou lors d'une rencontre virtuelle si votre contexte l'exige (ex. : Info-Social 811, ligne 1 866 APPELLE).

L'entretien clinique auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage est une occasion de veiller à la sécurité de l'enfant, de mobiliser ses ressources et de l'accompagner vers un mieux-être. Avec le consentement des parents ou du tuteur*, cet entretien doit être réalisé le plus rapidement possible à la suite de l'identification de propos ou de gestes qui peuvent être associés au suicide.

L'entretien peut être exigeant pour l'enfant. Afin de respecter son rythme et ses capacités, vous pouvez prévoir des pauses fréquentes ou diviser la rencontre en deux parties. Si l'analyse du risque suicidaire et la mise en place d'un plan d'action ne peuvent être réalisées

à l'intérieur d'une seule rencontre, il est possible d'en prévoir une deuxième dans les 24 à 48 heures pour compléter l'évaluation. Un filet de sécurité temporaire doit alors être mis en place autour de l'enfant dans l'intervalle.

Selon la situation, il est possible de prévoir un moment seul avec l'enfant, un moment seul avec son parent ou son tuteur, puis un moment avec la dyade parent-enfant. Cette façon de faire vous permet d'établir une relation de confiance avec chacun, de leur offrir un accompagnement personnalisé et de rassembler l'information pertinente à l'analyse du risque suicidaire.





*ASPECT LÉGAL : CONSENTEMENT AUX SOINS

CONSENTEMENT AUX SOINS CHEZ UN MINEUR DE MOINS DE 14 ANS

Le consentement des parents ou du tuteur est nécessaire pour prodiguer les soins requis par l'état de santé d'un enfant de moins de 14 ans.

(Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 14)

DIVERGENCE D'OPINIONS ENTRE LES PARENTS CONCERNANT LES SOINS ET SERVICES REQUIS PAR L'ENFANT

Vous pouvez présumer que le père ou la mère qui consent au soin pour l'enfant agit avec l'accord de l'autre. Cependant, si vous êtes informé d'une divergence d'opinions entre les parents concernant les soins et services requis par l'enfant ou qu'il existe une situation conflictuelle entre les parents, vous devez vous assurer d'obtenir le consentement des deux parents avant de dispenser les soins ou services. Lorsqu'un parent ne peut pas être joint malgré les efforts pour le contacter, le consentement de l'autre parent peut suffire.

(Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 600, 603 et 605)

SOINS URGENTS

Si le consentement des parents ou du tuteur ne peut pas être obtenu, vous pouvez prodiguer les soins urgents uniquement.

(Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 13 et 33)

DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Des mesures de protection immédiate peuvent être prises sans le consentement des parents afin d'assurer la sécurité de l'enfant. En cas d'urgence durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, des soins et services médicaux peuvent être prodigués sans le consentement des parents.

(Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 46 et 48)

LES PRINCIPES CLINIQUES INCONTOURNABLES POUR INTERVENIR AUPRÈS D'UN ENFANT À RISQUE SUICIDAIRE

Voici les principes cliniques incontournables qui doivent guider en tout temps vos actions lors d'une intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage.

1 Prendre au sérieux toutes manifestations associées au suicide chez l'enfant^{8, 15}.

2 Comprendre les idées et les gestes suicidaires chez l'enfant comme la manifestation d'une **grande souffrance**. Cette souffrance ne peut pas être comprise en fonction de la létalité potentielle du moyen envisagé ou utilisé par l'enfant⁶.

3 Considérer les **parents, la famille et les autres proches significatifs** comme facteur déterminant du **bien-être émotionnel, social, mental et physique de l'enfant**^{1, 16, 17, 18}.

4 S'adapter au **caractère unique de chaque situation** en considérant le développement de l'enfant, ses besoins et sa réalité familiale^{19, 20}.



5 Être porteur d'espoir : transmettre à l'enfant et à son entourage l'idée qu'il est toujours possible de trouver une solution et d'améliorer la situation⁹.

6 Offrir une **expérience positive** de demande d'aide à l'enfant et à son entourage^{9, 21}.



7 Recueillir l'information auprès de **différentes sources** (ex. : école, parents, professionnel)^{1, 9, 16, 17, 22, 23} et en utilisant **différentes méthodes** (ex. : dessin, jeu, activité sportive) pour aider l'enfant à verbaliser sa détresse et ses idées suicidaires^{8, 9}.

8 Favoriser une **prise en charge conjointe** de l'enfant et de son entourage par l'équipe d'intervenants, en collaboration avec les partenaires impliqués auprès d'eux^{9, 22, 23}.

9 Assurer **la continuité et l'accessibilité** aux services pour l'enfant et son entourage^{22, 23}.

10 **Ne pas rester seul** et consulter ses collègues ou son supérieur pour étoffer son jugement clinique et obtenir du soutien⁹.

Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

L'intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire est **complexe** et **souvent chargée émotionnellement**. Face à ce type de situation, vous pourriez vivre différentes émotions telles que de l'inconfort, du stress, de l'inquiétude, de la tristesse ou de l'incompréhension. Vous pourriez aussi porter certaines croyances ou valeurs au regard du suicide qui auront une influence sur vos interventions. Par exemple :

- *Les idées suicidaires chez l'enfant sont le symptôme d'un trouble mental;*
- *Les enfants ne se suicident pas;*
- *Un enfant est toujours mieux avec son parent biologique;*
- *Je suis impuissant à aider un enfant en détresse qui pense au suicide.*

Il est incontournable de ne pas demeurer seul face à une situation de risque suicidaire chez un enfant. Le travail d'équipe et de collaboration permet de porter un regard objectif et nuancé sur la situation en prenant une saine distance face à celle-ci.

En amont d'une intervention

- *Quelles sont les émotions, les croyances ou les valeurs qui pourraient avoir une influence sur votre capacité à intervenir auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage?*

- *Quels sont les effets potentiels de vos émotions, de vos croyances ou de vos valeurs sur votre intervention (ex. : possibilité de banaliser, de dramatiser, de paniquer; possibilité d'être affecté, troublé, en colère)?*
- *Avec quels collègues, supérieurs ou partenaires pouvez-vous partager et valider votre analyse de la situation et votre intervention?*

En aval d'une intervention

- *Comment vous êtes-vous senti pendant cet entretien?*
- *Est-ce que certaines émotions, croyances ou valeurs ont eu une influence sur votre intervention? Lesquelles? De quelle façon?*
- *Quelles adaptations pouvez-vous apporter à votre intervention pour être plus à l'aise lors de la prochaine rencontre?*
- *Quels outils ou ressources pouvez-vous utiliser pour rehausser vos pratiques d'intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire?*

LES TROIS DIMENSIONS TRANSVERSALES
À L'INTERVENTION AUPRÈS D'UN ENFANT
À RISQUE SUICIDAIRE



Assurer la cohérence et la continuité des services destinés aux enfants et à leur entourage

Mobiliser l'entourage et soutenir son pouvoir d'agir

Utiliser des stratégies de communication adaptées à l'enfant et à son entourage



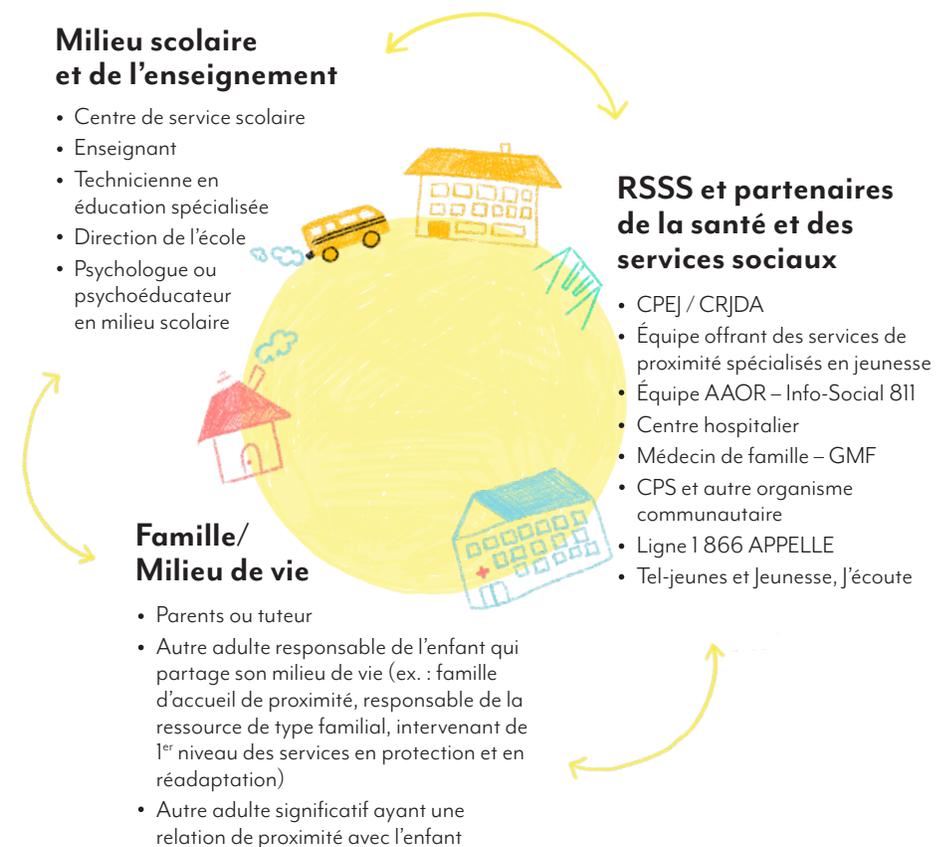
1 ASSURER LA COHÉRENCE ET LA CONTINUITÉ DES SERVICES DESTINÉS AUX ENFANTS ET À LEUR ENTOURAGE

La prise en charge de situations complexes telles que le risque suicidaire chez un enfant repose sur une collaboration étroite entre une diversité de partenaires et d'intervenants de disciplines variées^{1,22,23}. Les personnes impliquées auprès de l'enfant et de son entourage agissent en complémentarité selon les rôles, les forces, les compétences et les expériences de chacun. Pour qu'un tel travail d'équipe puisse s'actualiser, les différents paramètres de la collaboration doivent être préalablement établis.

Les pratiques collaboratives proposées dans ce guide se situent en soutien aux normes et aux protocoles en vigueur au sein de votre organisation et visent à favoriser :

- **Le partage de la responsabilité associée à l'analyse du risque suicidaire chez l'enfant;**
- **La collaboration interprofessionnelle;**
- **La continuité des services et du lien de confiance entre l'enfant et un intervenant significatif.**

Le schéma ci-dessous présente brièvement les principaux milieux qui contribuent à la prévention du suicide chez les enfants de 5 à 13 ans : **le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires; le milieu scolaire; et le milieu de vie.** Ces milieux travaillent en étroite collaboration pour créer des environnements bienveillants et favorables à une santé mentale positive, repérer les manifestations associées au suicide chez l'enfant, analyser le risque et accompagner l'enfant et son entourage dans la gestion de l'épisode suicidaire.



**PRATIQUES À PROMOUVOIR****PISTES POUR L'ACTION****Collaborer étroitement avec les différents intervenants impliqués auprès de l'enfant et de son entourage****Définir les rôles et responsabilités de chacun des partenaires et des membres de l'équipe en tenant compte :**

- De la mission de l'organisation;
- Des protocoles et des normes en vigueur;
- Des besoins de la clientèle;
- De la composition de l'équipe;
- Des ressources disponibles;
- De la formation et du soutien offerts aux membres de l'équipe;
- Des responsabilités et des obligations professionnelles et déontologiques.

Favoriser l'implication de différents partenaires dans l'accompagnement offert à l'enfant et à son entourage, selon leurs besoins (voir le schéma précédent).**Mettre en place des mécanismes de transmission de l'information fluides et efficaces avec les partenaires, tout en respectant la confidentialité :**

- Convenir avec l'enfant et le titulaire de l'autorité parentale des informations qui gagnent à être partagées avec les partenaires soutenant l'enfant au quotidien afin de lui offrir un accompagnement qui réponde à ses besoins;
- Mettre en place des mécanismes de rétroaction avec les partenaires pour s'assurer que les suivis sont faits adéquatement;
- Apprendre de chaque situation rencontrée et ajuster la trajectoire de services.

Faire appel à du soutien adapté lorsque la situation le requiert et selon les protocoles et les normes en vigueur dans votre organisation**Recourir au soutien d'équipes spécialisées en santé mentale jeunesse ou en pédopsychiatrie dans le cas de situations plus complexes, par exemple :**

- Situation psychosociale complexe;
- Risque suicidaire élevé qui entraîne un enjeu sérieux pour la sécurité de l'enfant et nécessite une visite à l'urgence;
- Services actuels qui ne permettent pas de répondre aux besoins;
- Soupçon d'un diagnostic de trouble mental, diagnostic confirmé ou comorbidité.

Note : Dans le cadre des services en protection et en réadaptation pour les jeunes, les équipes multidisciplinaires de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en situation de risque suicidaire ont été créées afin de soutenir les intervenants du premier niveau et d'assurer, au besoin, la liaison avec des services plus spécialisés²³.

Repérer les personnes pouvant soutenir votre jugement clinique lors d'une intervention en contexte suicidaire :

- Collègues;
- Conseillers cliniques;
- Supérieurs;
- Partenaires.

Pistes de réflexion pour assurer la cohérence et la continuité des services

En amont d'une intervention

- Quel est le rôle de votre organisation en matière de prévention du suicide chez l'enfant?
 - Repérer l'enfant qui présente un risque suicidaire (voir l'annexe 1)?
 - Analyser le risque suicidaire et susciter l'espoir et la recherche de solutions auprès de l'enfant et de son entourage?
 - Déterminer ou appliquer les mesures pour assurer la sécurité de l'enfant?
 - Réaliser un suivi auprès de l'enfant et de son entourage?
 - Orienter l'enfant et son entourage vers les services appropriés?
 - Soutenir et conseiller d'autres milieux de pratique dans la gestion d'un épisode suicidaire chez l'enfant?
- Quelles sont les limites de ce rôle?
- Quel intervenant a déjà un lien de confiance

avec l'enfant et son entourage? Pourrait-il prendre en charge l'intervention? Quel soutien est à sa disposition? Avec qui peut-il partager la responsabilité de l'analyse du risque suicidaire?

- Quelles sont les personnes présentes quotidiennement dans la vie de l'enfant qui peuvent contribuer à l'analyse du risque suicidaire, au plan d'action et à la mise en place des mesures de sécurité (ex. : enseignant, TES de l'école, intervenant de premier niveau des services en protection et en réadaptation)?

En aval d'une intervention

- Quels collègues, conseillers, supérieurs ou partenaires peuvent vous appuyer pour étayer votre jugement clinique?
- Quels sont les besoins de l'enfant et de sa famille? Est-ce qu'une consultation ou une orientation vers un service plus spécialisé est requise? Quel service?



2 MOBILISER L'ENTOURAGE ET SOUTENIR SON POUVOIR D'AGIR

Pour le bien-être (émotionnel, social, mental et physique) de l'enfant et pour sa protection, son entourage (notamment ses parents ou toutes personnes ayant un rôle parental) est un facteur déterminant^{1,16,17,18}.

Puisque l'enfant est dans une situation de grande dépendance par rapport à ses parents, il est essentiel de les mobiliser et de les soutenir tout au long du processus d'intervention. Leur niveau d'implication sera ajusté en tenant compte de plusieurs aspects, notamment l'âge, les capacités et la maturité de l'enfant¹⁹, la relation entre lui et ses parents²⁴, l'évolution de la situation, la présence chez les parents de facteurs associés au suicide^{1,25,26} et la présence de comportements négligents ou abusifs chez les parents^{11,19,21,25,26,27,28,29}.

Les parents ont la responsabilité de répondre aux besoins de l'enfant et de lui procurer ce qui est nécessaire à son bien-être global. Il importe donc de considérer tous les éléments présents chez l'entourage qui peuvent faire obstacle à une collaboration optimale (ex. : langue parlée, limitations fonctionnelles ou intellectuelles, référents culturels, croyances religieuses et spirituelles, indisponibilité, présence de troubles de santé mentale). Savoir composer avec ces éléments est incontournable pour offrir à l'enfant l'accompagnement et le soutien dont il a besoin.

Tout au long de ce guide, vous trouverez des pistes de réflexion et d'action concrètes pour mobiliser l'entourage et soutenir son pouvoir d'agir.

Vous trouverez également différentes pistes d'action pour les situations où, malgré vos efforts :

- **Il demeure difficile de susciter la collaboration des parents;**
- **Les parents contribuent à la détresse de l'enfant;**
- **Les parents ne sont pas en mesure d'assurer la sécurité de l'enfant et son bien-être global;**
- **Les parents sont absents et l'enfant vit dans un milieu de vie substitut.**



3 UTILISER DES STRATÉGIES DE COMMUNICATION ADAPTÉES À L'ENFANT ET À SON ENTOURAGE

L'enfant vit une situation très éprouvante dans laquelle il peut se sentir particulièrement démuni ou intimidé de prendre la parole. Il est essentiel de lui offrir des **moyens de communication** et d'utiliser un **vocabulaire qui tient compte de son état, de ses capacités cognitives, affectives et sociales**^{8,19} et de **tous les éléments qui peuvent influencer son mode de communication**^{8,9,11,19} (ex. : référents culturels, langue parlée, préférences, forces et limites). **Utiliser un langage simple et sans ambiguïté** pourra contribuer à nourrir son sentiment de sécurité, à favoriser une compréhension mutuelle ainsi qu'à instaurer un climat de confiance et d'ouverture^{16,18,21}.

Les mots et les stratégies de communication privilégiés sont au cœur de la relation de confiance à créer entre l'enfant, son entourage et vous et peuvent être déterminants dans le parcours de l'enfant. Il est important durant l'entretien clinique de renseigner l'entourage sur la façon dont il peut aborder la détresse et les idées suicidaires avec l'enfant.

Gardez à l'esprit que, si l'enfant présente des difficultés liées au langage ou à l'expression de ses pensées et de ses émotions, il peut avoir tendance à s'exprimer de façon non verbale (ex. : s'exprimer par des gestes ou des symptômes psychosomatiques). Il importe d'être à l'écoute de toutes ses formes d'expression afin de lui proposer des moyens de communication adaptés à sa réalité^{1,6,9,11,16,18}.



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Utiliser un vocabulaire sans ambiguïté et accessible à l'enfant et à son entourage

Choisir des mots et des formulations simples, semblables ou pareils à ceux utilisés par l'enfant.

Parfois, des personnes pensent qu'il n'y a pas d'autres solutions que mourir. Mais, en parlant de ce qu'on vit à des gens, on peut trouver de l'aide et des solutions.

Utiliser les vrais termes, particulièrement pour aborder les concepts plus abstraits de la mort et du suicide.

*Lorsqu'une personne meurt, elle ne respire plus.
Oui, comme tu dis, la personne ne revient plus jamais. Elle est morte.*

Proposer différentes stratégies adaptées à l'âge et aux préférences de l'enfant pour l'amener à raconter ou à représenter sa souffrance

Inviter l'enfant à choisir un moyen avec lequel il préfère s'exprimer en tenant compte de votre propre niveau d'aisance et de vos compétences à utiliser ces stratégies, par exemple :

- Dessins, pictogrammes (ex. : émotions);
- Pâte à modeler;
- Jeux de rôle, marionnettes ou figurines;
- Livres, contes;
- Jeux (ex. : assembler des blocs, faire rouler une balle mousse sur la table entre l'enfant et l'intervenant);
- Activités extérieures ou sportives (ex. : marcher, se lancer un ballon).

Respecter le rythme de l'enfant

Être attentif à sa façon de s'exprimer (ex. : débit de parole, temps de pause, mimiques, mouvements) :

- L'encourager à prendre le temps de réfléchir et respecter ses moments de silence. Au besoin, lui offrir du soutien (ex. : s'il dit qu'il ne sait pas ou s'il ne répond pas après quelques secondes).

Qu'as-tu compris de ma question?

Qu'en penses-tu? Tu peux prendre le temps d'y réfléchir?

S'assurer qu'il termine son idée sans l'interrompre ni chercher à compléter ou à interpréter ce qu'il dit.

Ce sont des questions difficiles. Prends ton temps.

Prends le temps d'y penser et tu m'en parleras ensuite.

Ajuster la durée de l'entretien à ses besoins et à sa disponibilité (ex. : niveau d'attention et d'énergie, état émotionnel). Envisager d'interrompre ou de morceler la rencontre si nécessaire.

Veux-tu prendre une pause?

PRATIQUES À PROMOUVOIR**PISTES POUR L'ACTION**

Vérifier régulièrement votre compréhension et celle de l'enfant sur les propos échangés

Demander à l'enfant de redire dans ses mots ce qu'il comprend de la discussion.

Peux-tu me dire ce que tu comprends de notre discussion?

Lui faire part de votre compréhension de la situation et lui demander s'il est d'accord avec celle-ci. Faire des reformulations et des reflets brefs.

Voici ce que je comprends de ta situation. Est-ce que tu es d'accord avec ça?

L'inviter à clarifier ou à préciser ce qu'il exprime.

Quand tu dis ça, qu'est-ce que tu veux dire?

Pourrais-tu me donner un exemple?

Questionner l'enfant plus d'une fois sur un même sujet en formulant les questions différemment pour s'assurer d'avoir une compréhension plus juste.

Quand une personne est morte, qu'est-ce qui lui arrive?

Qu'est-ce qu'on ne peut plus faire avec la personne lorsqu'elle est morte?

Qu'est-ce qui te rend aussi triste?

Qu'est-ce qui sera mieux lorsque tu ne seras plus triste?

Chercher à avoir accès à la perception et aux ressentis de l'enfant

Privilégier des questions objectives et éviter de suggérer des réponses qui pourraient inciter l'enfant à répondre pour plaire.

Parle-moi de ce que tu trouves difficile et de ce que tu aimerais qui soit différent.

Comment ça se passe pour toi à l'école, à la maison ou ailleurs?

Raconte-moi comment tu te sens lorsque ça arrive.

Lui proposer des options, notamment s'il demeure silencieux ou s'exprime plus difficilement.

Quelle est l'image [l'émoticône] qui représente le mieux ce que tu ressens en ce moment?

D'autres enfants peuvent ressentir de la colère [honte, culpabilité, tristesse] dans une situation semblable. Que ressens-tu face à cette situation?

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**Soutenir l'entourage dans ses communications avec l'enfant****Explorer comment l'entourage communique avec l'enfant à propos de sa détresse et de ses idées suicidaires.**

Racontez-moi comment ça s'est passé lorsque vous avez parlé ensemble de ses idées suicidaires.

Comment pourriez-vous discuter de ses émotions ou de sa situation avec lui?

Habituellement, votre enfant vous parle-t-il de ses difficultés, de ce qu'il vit, de ce qu'il ressent? Le fait-il aisément ou est-ce plus difficile pour lui?

Au besoin, proposer aux membres de l'entourage des stratégies pour faciliter leur communication avec l'enfant.

- **Chercher avec l'entourage les moments où l'enfant se confie davantage.**

Dans quels contextes votre enfant s'ouvre-t-il plus facilement (par exemple lorsque vous êtes seul en voiture avec lui, ou lorsque vous jouez au hockey dans la cour)? Profitez de ces moments pour vous intéresser à ce qu'il vit.

- **Inviter l'entourage à vérifier (ou revérifier) si les idées suicidaires sont présentes.**

Il se peut que, dans les prochaines semaines ou les prochains mois, l'état de votre enfant vous inquiète de nouveau. Vous pourriez observer des indices qui vous amènent à croire que les idées suicidaires sont revenues. Il ne faut pas hésiter à questionner directement votre enfant et à vérifier s'il pense au suicide.

- **Instaurer une question à échelle entre l'enfant et ses parents afin de les situer quotidiennement sur l'intensité des idées suicidaires.**

Afin de savoir comment il se sent et quelle est l'intensité de ses idées suicidaires, je vous propose de convenir avec lui d'une question à échelle. Par exemple, sur une échelle de 1 à 10, le 1 veut dire que les idées suicidaires ne sont pas présentes; le 10, que les idées suicidaires sont très intenses. Ainsi, à la question « Comment vas-tu aujourd'hui? », il pourra vous répondre avec un chiffre, ce qui peut être plus facile pour lui et plus clair pour vous par rapport au suicide.



Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

- *L'enfant présente-t-il des défis de communication (ex. : retard de langage ou expression dans une autre langue)?*
- *Quels mots l'enfant utilise-t-il pour parler de sa souffrance? De ses idées suicidaires?*
- *Partagez-vous avec l'enfant une compréhension commune des mots utilisés? Avez-vous validé leur sens auprès de lui?*
- *Est-ce qu'une stratégie particulière a permis à l'enfant de s'exprimer avec plus d'aisance à propos de la mort, du suicide, de sa souffrance? Laquelle?*
- *Quels moyens pouvez-vous proposer pour le soutenir adéquatement dans l'expression de son vécu et de ses émotions?*
- *Comment l'entourage communique-t-il avec l'enfant à propos de sa détresse et de ses idées suicidaires?*
- *Comment pouvez-vous soutenir la communication entre l'enfant et son entourage sur le sujet?*



LES CINQ ÉTAPES DU PROCESSUS CLINIQUE



1 Accueillir
l'enfant de façon
bienveillante

2 Apaiser la
souffrance
psychologique

3 Analyser le risque
suicidaire tout en
suscitant l'espoir
et la recherche
de solutions

4 Convenir d'un
plan d'action et
clôre l'entretien

5 Effectuer
le suivi

1 ACCUEILLIR L'ENFANT DE FAÇON BIENVEILLANTE

L'enfant à risque suicidaire vit une situation difficile et peut ressentir une souffrance insoutenable. Il a besoin d'être accueilli de façon bienveillante dès les premiers instants de l'entretien et tout au long de la démarche. Pour lui offrir cet accueil et créer avec lui une relation de confiance qui nourrit son sentiment de sécurité, certaines dispositions sont nécessaires et les attitudes que vous adoptez sont déterminantes^{6,9,21}.

Établir et maintenir avec l'entourage une relation empreinte de confiance mutuelle est également essentiel. Cette relation est au cœur d'un travail de collaboration favorable au mieux-être et à la protection de l'enfant. Ce travail de collaboration avec l'entourage est parfois complexe et implique de moduler votre accompagnement en continu tout en faisant preuve de patience.

Le premier entretien clinique exige tout particulièrement une grande disponibilité de votre part, tant physique qu'émotionnelle, et demande du temps²¹. Dès les premières minutes auprès de l'enfant et de son entourage, il importe de faire preuve d'ouverture, d'empathie et d'écoute⁸. Vous contribuez ainsi à créer une relation bienveillante qui invite chacun à s'exprimer librement et à travailler de concert avec vous⁶.

Cette relation de confiance qui s'établit entre l'enfant, son entourage et vous peut contribuer à réduire significativement la détresse de l'enfant et ses idées

suicidaires. En répondant rapidement à son besoin d'être entendu, compris, soutenu et sécurisé, vous envoyez à l'enfant un message important : un adulte est capable de comprendre les choses difficiles que tu vis. Vous lui transmettez également l'espoir que la situation peut changer et qu'une personne de confiance se préoccupe de lui.

Demeurez sensible au fait qu'il peut être tabou, difficile ou très souffrant pour les membres de l'entourage de réaliser que leur enfant pense au suicide ou qu'il a posé un geste associé au suicide. Diverses réactions sont possibles, par exemple : déni ou sentiments d'impuissance, de culpabilité, de colère, d'inquiétude ou de détresse. Les accueillir dans ces réactions normales avec bienveillance, empathie, ouverture et nonjugement et les soutenir dans le renforcement de leur pouvoir d'agir contribuent au bien-être de l'enfant et à sa protection.

Demeurez également sensible au fait que l'enfant ne parlera pas librement s'il perçoit que des conséquences négatives peuvent survenir, notamment dans des situations de maltraitance ou de négligence. Ces situations peuvent d'ailleurs être à l'origine de la détresse psychologique de l'enfant et doivent en tout temps faire l'objet d'un signalement au directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). L'implication des parents doit alors se faire avec doigté et vigilance, en considérant la situation dans son ensemble et en collaboration avec les CPEJ.

**PRATIQUES À PROMOUVOIR****PISTES POUR L'ACTION****S'assurer d'être disposé à écouter****Avant l'entretien**

- Se préparer à offrir à l'enfant et à son entourage la qualité de présence, d'écoute et de temps dont ils auront besoin;
- Limiter toutes sources d'interruption et de distraction qui pourraient compromettre la qualité de son écoute et de sa présence;
- Confier l'intervention à une autre personne compétente disponible si vous n'êtes pas en mesure de réaliser l'intervention.

Privilégier un endroit calme, convivial, propice à la discussion et adapté aux besoins de l'enfant**Tenir la rencontre dans un endroit paisible :**

- Lieu exempt de bruits ou d'allées et venues, éclairage ajusté.

Mettre à la disposition de l'enfant du mobilier et des accessoires pour augmenter son confort :

- Chaises basses, coussins, table et crayons pour dessiner, couverture texturée, jeux, peluches, balle mousse (antistress).

Préciser clairement et simplement votre rôle et le but de la rencontre**Se présenter et situer votre rôle.**

E *Bonjour [nom de l'enfant]. Merci d'accepter de me rencontrer. Mon nom est [...]. On va prendre un temps ensemble pour comprendre ce qui t'arrive. Je suis là pour t'aider à te sentir mieux.*

Chercher à connaître la compréhension de l'enfant quant à la rencontre et compléter les informations sur les raisons de celle-ci.

E *Tu dois te demander ce qu'on va faire ensemble?
Peux-tu me dire ce que tu comprends de notre rencontre?
Tu as raison, ces personnes sont inquiètes pour toi. Elles ont l'impression que c'est difficile pour toi présentement et que ça te rend vraiment très triste [en colère].*

Encourager l'enfant à poser des questions concernant la rencontre et à intervenir durant celle-ci.

E *Chaque fois que tu voudras demander ou dire des choses durant la rencontre, tu pourras le faire.*





PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Dès le début de l'entretien, s'occuper du bien-être affectif et du confort de l'enfant

Faire preuve d'empathie, d'ouverture et de non-jugement.

E Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. J'aimerais simplement que tu me dises les choses comme tu les vois. Mon seul désir est de t'écouter et de savoir comment tu vas. Et si tu as besoin de mon aide, je t'aiderai.

Adopter d'emblée une attitude respectueuse empreinte de cohérence et de transparence qui nourrit le besoin de l'enfant d'être sécurisé.

E C'est difficile de se confier à propos de choses qui nous font souffrir, surtout lorsque des personnes qu'on aime font partie du problème. Je ne te laisserai pas seul face à cette situation. Je n'ai pas toutes les réponses, mais je vais en chercher avec toi.

Inviter l'enfant à exprimer ce dont il aurait besoin ou ce qui le rendrait plus à l'aise. Lui suggérer des options si nécessaire.

E Qu'est-ce que tu aimerais avoir en ce moment et qui pourrait t'aider durant notre rencontre?

Aimerais-tu boire quelque chose ou manger une collation?

Aimerais-tu avoir une couverture pour te couvrir?

J'aime bien utiliser ce foulard, l'odeur me rappelle de bons souvenirs. Et toi, qu'est-ce que tu utilises pour te sentir bien?

Amorcer l'entretien en démontrant à l'enfant un intérêt authentique à mieux le connaître

Si l'enfant a de la difficulté à discuter de sa situation, commencer l'échange avec des questions d'ordre général pour mieux le connaître.

E J'aimerais apprendre à te connaître. Il y a des personnes qui s'inquiètent pour toi. Mais avant de parler de ça, peux-tu me parler des membres de ta famille, de comment ça se passe à l'école [comment s'appellent tes amis], de ce que tu aimes [me dire quels sont tes jeux ou jouets préférés]?





PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



ENFANT



ADULTE

Rassurer l'enfant sur le fait qu'il peut parler librement de ses idées suicidaires lors de la rencontre**Démontrer clairement à l'enfant qu'il peut tout dire lors de la rencontre.**

E *Lci, on peut parler de tous les sujets, même de ses envies de mourir. Si tu penses parfois à la mort, c'est parce que quelque chose ne va pas bien, et on va essayer de trouver ensemble c'est quoi.*

Il y a des sujets qui font si peur [qui sont tellement tristes] que, parfois, les gens autour de nous évitent d'en parler. Mais même si on n'en parle pas, ces choses existent. Je te propose qu'avec moi, tu puisses parler de ces sujets.

Sans dramatiser ou banaliser la situation, prendre au sérieux ce que l'enfant exprime et lui refléter son importance.

E *Je comprends. Ce que tu me dis est important et on va trouver ensemble des façons pour que tu te sentes mieux.*

Je m'inquiète pour toi et pour ta sécurité. Je veux t'aider à aller mieux.

Chercher à mobiliser l'entourage et à soutenir son pouvoir d'agir**S'assurer que les adultes responsables de l'enfant sont au courant de la situation.**

A *En raison des risques présents, nous devons vous parler de la situation de détresse que vit [nom de l'enfant].*

Convenir du déroulement de la rencontre avec l'enfant et son entourage.

- Selon la situation, prévoir :
 - 1 un moment seul avec l'enfant;
 - 2 un moment seul avec l'adulte responsable de l'enfant;
 - 3 un moment avec la dyade parent-enfant.

A *Je vous propose de rencontrer [nom de l'enfant] dans la prochaine heure et de prendre un moment seul avec vous par la suite. Nous pourrions ensuite convenir tous ensemble de la suite des choses. Êtes-vous d'accord?*

- S'assurer que l'enfant est pris en charge de façon confortable et sécuritaire par une autre personne durant l'entretien avec les parents.

SUITE...



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



ENFANT



ADULTE

(suite) Chercher à mobiliser l'entourage et à soutenir son pouvoir d'agir

Normaliser les sentiments des membres de l'entourage suscités par la présence d'idées et de gestes suicidaires chez leur enfant.



Je comprends que vous puissiez ressentir [inquiétude, peur, colère, impuissance, isolement].

Sentez-vous à l'aise de nommer ce que vous trouvez douloureux et ce qui vous préoccupe.

Ce doit être difficile pour vous d'apprendre que [nom de l'enfant] ressent toute cette détresse actuellement. Beaucoup de parents se sentent dépassés par de telles situations. C'est pourquoi il est important de travailler en équipe.

Valoriser la démarche de demande d'aide

Renforcer la démarche de demande d'aide et la collaboration lors de l'entretien clinique.



Tu as bien fait d'en parler. Ça prend du courage. Ce n'est pas tout le monde qui ose dire ces choses.



Merci d'être présent et sensible à ce que vit votre enfant. Vous avez bien fait de communiquer avec nous. Ce n'est pas toujours facile de faire ces démarches et, en même temps, c'était la bonne chose à faire.

Demeurer sensible aux réserves possibles de l'enfant à l'idée de dévoiler ses idées suicidaires à son entourage

Si le fait d'informer son entourage représente un enjeu pour l'enfant*

Clarifier les inquiétudes de l'enfant pour mieux comprendre la dynamique familiale et s'assurer qu'aucun préjudice n'est causé à l'enfant en divulguant l'information aux parents.



Dis-moi, pourquoi n'as-tu pas envie ou te sens-tu mal à l'aise d'en parler avec tes parents?

Si aucun préjudice n'est décelé

Rassurer l'enfant sur les raisons de la divulgation et chercher à préserver le lien de confiance.



Nous devons divulguer à tes parents les informations qui concernent ta sécurité. De cette façon, nous pourrions travailler ensemble pour mieux t'aider et te soutenir.

Avec lequel de tes parents aimerais-tu le mieux en parler? Préfères-tu informer ton entourage ou que ce soit moi qui le fasse?

Les personnes qui t'aiment et pour qui tu es important ne peuvent pas t'aider s'ils ne savent pas que tu souffres. Comment pourrait-on leur dire que tu ne vas pas bien et que tu as besoin d'eux?

Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

Selon votre perception :

- Dans quelle mesure avez-vous réussi à créer une relation de confiance avec l'enfant et son entourage?
- Comment l'enfant s'est-il senti durant la rencontre (à l'aise, gêné, en confiance, compris)? Son entourage?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait, à la prochaine rencontre, pour améliorer leur confort? Leur ouverture? Leur collaboration? Leur engagement?



* ASPECT LÉGAL : SECRET PROFESSIONNEL ET CONFIDENTIALITÉ

DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ

Le droit d'un enfant de moins de 14 ans au secret professionnel et à la confidentialité est exercé et contrôlé par le titulaire de l'autorité parentale. Ainsi, toute information significative concernant la santé et le bien-être de l'enfant doit être communiquée au titulaire de l'autorité parentale, sauf si la divulgation de cette information cause vraisemblablement un préjudice à l'enfant.

(Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12, art. 5 et 9; Code des professions, RLRQ, c. C-26, art. 60.4; Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 39)

Au sujet du droit d'accès du titulaire de l'autorité parentale au dossier de

l'enfant de moins de 14 ans, le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur.

(Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, art. 21)

NOTION DU MEILLEUR INTÉRÊT DE L'ENFANT

Les décisions concernant l'enfant doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits. Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et les autres aspects de sa situation.

(Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 33)

2 APAISER LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE

Chez l'enfant, la présence d'idées et de gestes suicidaires témoigne d'une grande souffrance psychologique^{6, 8, 9, 16}. L'enfant qui vit un épisode suicidaire a l'impression que personne ne peut comprendre l'intensité de sa souffrance et redoute qu'elle soit sans fin. Il en arrive à percevoir son environnement comme stressant et offrant peu ou pas de soutien. Il est alors important d'agir tôt avec l'enfant pour réduire sa souffrance psychologique et favoriser son mieux-être émotionnel, social, mental et physique⁶. Lorsque vous discutez avec l'enfant de ses idées ou de ses gestes suicidaires et de sa souffrance, il est essentiel de faire preuve d'empathie sans lui laisser entendre que le suicide est une option et de lui rappeler qu'il existe des moyens accessibles et immédiats pour apaiser sa souffrance⁹.

Le fait de s'intéresser en premier lieu à la situation vécue par l'enfant et à sa souffrance psychologique amène un certain apaisement et permet d'éviter d'orienter trop rapidement la discussion vers les pensées ou les gestes suicidaires. L'enfant peut exprimer son état psychologique de différentes façons, par exemple : manifester de la colère, de l'irritabilité, de l'agitation ou de l'insécurité; ou s'isoler et refuser l'aide qu'on lui offre^{6, 9, 11, 29, 30, 31, 32}. Pour aider l'enfant à s'apaiser au moment de la crise et à plus long terme, il importe de lui offrir votre présence bienveillante dans un cadre sécurisant où il peut reprendre espoir. Il devient alors plus facile de susciter l'espoir chez lui et d'envisager des solutions. Lorsqu'il est apaisé, l'enfant a davantage accès à ses capacités de résolution de problème; il entre en relation plus volontairement et s'exprime plus facilement.



PRATIQUES À PROMOUVOIR**PISTES POUR L'ACTION****Reconnaître et valider les émotions exprimées par l'enfant****Reformuler ou refléter.**

E *Tu vis des choses très difficiles en ce moment, c'est normal que tu veuilles que ça arrête.*

Malgré toute ta souffrance et même si tu es convaincu pour l'instant que c'est impossible de t'en sortir et d'arrêter de souffrir, mourir, ce n'est pas une solution.

Tu as le droit de te sentir [triste, en colère, découragé]. On va trouver une façon pour que tu puisses exprimer tout ça sans penser à mourir.

Offrir à l'enfant une présence calme et rassurante pour l'aider à réguler ses émotions**Adopter des gestes et des attitudes susceptibles de lui insuffler confiance et calme, par exemple :**

- Être souriant;
- Avoir une respiration profonde;
- Poser les gestes avec une certaine lenteur;
- Utiliser un ton et un débit de voix calmes.

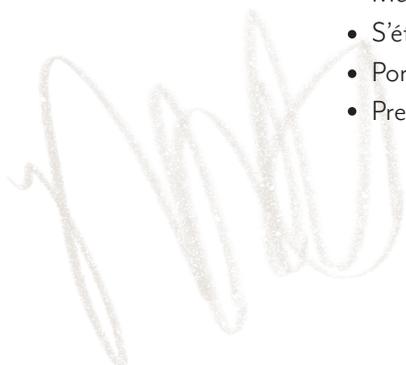
Déterminer avec l'enfant une ou des stratégies qui l'aident à s'apaiser**Lui demander ce qu'il fait pour se sentir plus apaisé.**

E *Quels sont les trucs qui fonctionnent le mieux pour toi lorsque tu veux te sentir plus calme?*

Lui proposer des stratégies adaptées à ses besoins et le guider dans l'utilisation de celles-ci. Recourir à ces stratégies chaque fois que nécessaire durant la rencontre, et particulièrement au début.

Lui proposer, par exemple, de :

- Faire cinq grandes respirations;
- Relaxer en écoutant de la musique;
- Manipuler une balle antistress ou de la pâte à modeler;
- S'étendre au sol, se bercer, s'asseoir, se mettre en mouvement;
- Porter son regard sur un seul objet;
- Prendre une peluche.



PRATIQUES À PROMOUVOIR**PISTES POUR L'ACTION**

Accompagner l'enfant dans l'expression de ses émotions et lui insuffler de l'espoir, sans jamais laisser entendre que le suicide est une option

L'aider à exprimer ses émotions et sa souffrance (avec des mots, des dessins, des choix de réponses ou autres).

- Les stratégies de communication autres comme le dessin ou le jeu sont utilisées pour aider l'enfant à représenter sa souffrance ou la situation anxiogène qu'il vit plutôt que le geste suicidaire en lui-même.

E *Peux-tu me raconter [dessiner] ce que tu ressens?*

Ce n'est pas toujours facile de trouver les bons mots. Veux-tu qu'on regarde ces émoticônes pour voir s'il y en a certains qui ressemblent à ce que tu ressens présentement?

Parfois, c'est tellement gros ce qui nous arrive qu'on ne comprend plus rien. On souffre tellement. Est-ce que c'est le cas pour toi en ce moment?

Accepter et accueillir les pleurs et les cris.

E *Tu as le droit de pleurer et de crier. Tout le monde pleure ou a parfois envie de crier. Ça fait du bien et, ensuite, il est plus facile de trouver des solutions.*

Tu peux frapper dans ce coussin si ça t'aide.

Communiquer à l'enfant l'espoir que sa situation va s'améliorer à court terme.

E *Nous allons t'aider, mon équipe et moi, avec tes parents. Nous allons faire [...], ce qui te permettra de te sentir mieux dès aujourd'hui.*

Reconnaître les forces de l'enfant et miser sur elles

Souligner les forces, les ressources et les compétences de l'enfant en lien avec la situation vécue.

E *Je sais qu'il y a plusieurs personnes qui tiennent à toi et qui sont prêtes à t'aider. Tout d'abord tes parents, qui sont venus avec toi aujourd'hui pour me rencontrer. Puis ton enseignante et tes amis, qui avaient remarqué que tu n'allais pas bien ces jours-ci.*

Tu acceptes de me parler de ce que tu vis. Grâce à ta franchise et à ton ouverture, on va trouver des solutions pour t'aider.

Tu as vécu dans le passé des situations difficiles et tu as réussi à les surmonter. Je suis certain que tu as des forces pour passer à travers cette nouvelle épreuve.

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Sensibiliser l'entourage au fait que la famille est au cœur du bien-être de l'enfant et que le soutien qu'elle lui apportera sera déterminant

Sensibiliser l'entourage aux actions importantes à mettre en place pour aider l'enfant, par exemple :

- Prendre le temps de l'écouter et de répondre à ses questions.

A *Que pourriez-vous faire pour prendre soin de son besoin d'écoute, pour accueillir ses émotions [ex. : fermer la télévision, s'asseoir dans un endroit tranquille, le laisser parler en premier]?*

- Tenter de reconnaître sa souffrance, de comprendre ce qui l'engendre et d'y répondre rapidement.

A *Qu'est-ce qui vous permettra de reconnaître la souffrance de [nom de l'enfant]? Qu'est-ce que vous observez quand il ne va pas bien?*

Que pourriez-vous faire pour l'aider à apaiser sa souffrance [ex. : rester auprès de lui durant la crise, lui refléter l'émotion qu'il ressent, prendre la situation au sérieux]?

Si jamais [nom de l'enfant] vous demande [...], quelle réponse allez-vous lui donner?

- Éviter de placer l'enfant en conflit de loyauté avec des proches significatifs.

A *Vous vivez un désaccord important avec [l'autre parent]. Dans cette situation, il est important de gérer ce désaccord sans que [nom de l'enfant] soit impliqué. Je vous invite à éviter de parler en mal de l'autre parent et à ne pas demander à votre enfant de choisir entre vous et lui. Cela mettrait [nom de l'enfant] dans une situation extrêmement inconfortable et stressante. En ce moment, il a besoin de tous les adultes significatifs de son entourage pour l'aider.*

- Éviter de culpabiliser l'enfant.

A *Les enfants comme [nom de l'enfant] ont besoin d'être accueillis et rassurés face à leurs sentiments et aussi face à ceux de leurs parents. Il est important de ne pas leur reprocher les idées ou les gestes qu'ils ont eus et de les aider plutôt à trouver des solutions.*

- Planifier chaque jour un moment de qualité avec l'enfant, même s'il doit être court (ex. : lecture, casse-tête, jeu de table, marche).

A *Qu'est-ce que vous et [nom de l'enfant] aimez faire ensemble? Essayons de trouver une activité qui pourrait facilement être intégrée à votre quotidien à la maison.*



Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

- *Comment se porte émotionnellement l'enfant à la fin de la rencontre? La rencontre a-t-elle permis d'apaiser sa souffrance?*
- *Quelles interventions ou stratégies apaisent le mieux l'enfant?*
- *Qu'est-ce qui continue d'inquiéter, de préoccuper l'enfant et son entourage?*
- *Quels sont les moyens utilisés par l'entourage pour aider l'enfant à s'apaiser à la maison? Pouvez-vous outiller davantage l'entourage à cet effet?*



3 ANALYSER LE RISQUE SUICIDAIRE TOUT EN SUSCITANT L'ESPOIR ET LA RECHERCHE DE SOLUTIONS

L'enfant qui présente des idées ou des gestes suicidaires vit une réalité empreinte d'une souffrance insoutenable et qui pourrait évoluer rapidement vers un passage à l'acte suicidaire^{4,9}. Pour offrir à cet enfant une réponse adéquate à son besoin de sécurité et d'accompagnement, il est nécessaire d'analyser son risque suicidaire actuel, et ce, le plus rapidement possible⁵.

L'analyse du risque suicidaire permet d'explorer en détail chacun des éléments qui peuvent influencer ce risque et de mettre en relation ces éléments entre eux pour mieux cibler :

- Ce qui compromet actuellement la sécurité de l'enfant;
- Ce qui contribue à augmenter le risque suicidaire;
- Ce qui contribue à le réduire.

Les résultats de votre analyse du risque suicidaire vous fourniront des informations essentielles pour les prochaines étapes : convenir d'un plan d'action avec l'enfant et son entourage et planifier un suivi adapté aux besoins.

Tout en analysant le risque suicidaire chez l'enfant, vous aurez l'occasion de susciter chez lui l'espoir que la situation s'améliore. Vos interventions en ce sens peuvent contribuer à réduire le risque suicidaire. L'étape d'analyse du risque suicidaire s'actualise donc sous la forme d'un échange dynamique fluide avec l'enfant et son entourage et vise aussi à favoriser la recherche de solutions.



Pour appuyer votre jugement clinique et vous assurer de faire une analyse complète du risque suicidaire actuel, il est nécessaire d'explorer avec l'enfant et son entourage tous les éléments susceptibles d'avoir une incidence sur ce risque. Voici les huit catégories d'éléments incontournables à aborder avec l'enfant et son entourage :

DÉSIR DE MOURIR ET SENS DONNÉ À LA MORT ET AU SUICIDE <small>1, 6, 9, 18, 27</small>	VÉCU DE L'ENFANT LIÉ À LA SITUATION ACTUELLE ^{9, 11}
SCÉNARIOS ET ANTÉCÉDENTS D'IDÉES OU DE GESTES SUICIDAIRES <small>1, 5, 9, 16, 21, 31</small>	CAPACITÉ DE L'ENTOURAGE À ASSURER LA SÉCURITÉ ET À PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE (ÉMOTIONNEL, SOCIAL, MENTAL ET PHYSIQUE) DE L'ENFANT ⁹
LIEN DE CONFIANCE ET COLLABORATION AUX INTERVENTION <small>9, 22, 23</small>	CONDITIONS, ÉTATS ET PENSÉES QUI PEUVENT ACCROÎTRE LE RISQUE <small>6, 9, 8, 11, 16, 20, 21, 33, 34</small>
TRAUMAS ET ÉLÉMENTS DE L'HISTOIRE FAMILIALE QUI PEUVENT ACCROÎTRE LE RISQUE <small>5, 16, 18, 22, 25, 30, 35, 36, 37</small>	FORCES ET RESSOURCES QUI PEUVENT CONTRIBUER À PROTÉGER L'ENFANT ⁹

Pour soutenir votre analyse et obtenir l'ensemble des informations pertinentes, solliciter la contribution de collaborateurs qui côtoient quotidiennement l'enfant et son entourage est essentiel. Ce sont généralement des alliés incontournables grâce à leurs observations et à leur connaissance du contexte dans lequel évolue l'enfant. Il peut s'agir, par exemple ^{9, 22, 23, 37} :

- Des parents ou du tuteur;
- Dans le cas d'un enfant vivant dans un milieu de vie substitué, des adultes responsables de l'enfant qui partagent son milieu de vie (ex. : famille d'accueil de proximité, responsable de la ressource de type familial, intervenant de premier niveau des services en protection et en réadaptation);
- Des enseignants et autres intervenants du milieu scolaire;
- D'adultes significatifs ayant une relation de proximité avec l'enfant (ex. : grands-parents).

Dans certaines situations, la mobilisation de l'entourage à cette étape du processus clinique peut représenter un défi, par exemple lorsque les parents adoptent des comportements et des attitudes qui contribuent au risque suicidaire de l'enfant ou l'accroissent (ex. : indifférence, négligence, maltraitance, conflits familiaux). Votre sensibilité à l'égard des différents besoins des parents pourrait vous aider à composer avec une possible réticence de leur part à collaborer à l'intervention. Les parents peuvent également vivre des difficultés personnelles (ex. : troubles mentaux, idées suicidaires) et avoir besoin de soins ou de services appropriés. Lorsque de tels besoins sont identifiés, il peut être pertinent de soutenir les parents, de les orienter ou encore de les accompagner vers les services appropriés.



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

E ENFANT A ADULTE

Explorer et chercher à comprendre le désir de mourir de l'enfant et le sens qu'il donne à la mort et au suicide

Clarifier l'intention de l'enfant derrière les manifestations associées au suicide en vérifiant s'il souhaite « être mort » ou « disparaître ».

E *Les propos que tu as publiés sur les réseaux sociaux m'inquiètent. Qu'est-ce que ça veut dire pour toi [reprendre les termes de l'enfant]?*

Ta maman m'a montré le dessin que tu as fait hier à propos du décès de [XYZ]. Accepterais-tu de me décrire ce dessin? Est-ce que ce dessin signifie que tu aimerais être mort comme [XYZ]?

Explorer les perceptions de l'enfant concernant les répercussions potentielles de sa mort sur :

1 son entourage; 2 sa situation.

E *Que penses-tu que tes parents diraient si tu étais mort?*

Comment te sentirais-tu si tu étais mort?

Aborder et nuancer avec respect et non-jugement les croyances face à la mort et au suicide. La compréhension qu'a l'enfant de la mort et ses croyances face à celle-ci peuvent être influencées par son niveau de développement, sa réalité socioculturelle et ses expériences de vie.

- Demeurer sensible au fait que tenter de contredire ou de défaire les croyances culturelles, spirituelles ou religieuses peut être néfaste, notamment pour la relation avec l'enfant et l'entourage.

E *Selon toi, qu'est-ce qui se passe lorsque l'on meurt? Savais-tu que lorsque quelqu'un meurt, il ne peut pas revenir à la vie?*

Je comprends que tu souhaites mourir pour rejoindre cette personne que tu aimes beaucoup. J'imagine que tu t'ennuies énormément de cette personne. Sais-tu qu'il existe d'autres façons pour [te sentir moins triste malgré son départ, continuer à te sentir proche d'elle, te souvenir d'elle]?

A *Votre enfant vous a-t-il déjà questionné à propos de la mort ou du suicide? Comment avez-vous abordé le sujet avec lui?*



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**Tenir compte du vécu de l'enfant lié à la situation actuelle**

Trouver avec l'enfant le motif principal de la souffrance ou l'événement qui aurait déclenché l'épisode suicidaire, par exemple : intimidation, rejet, perte, échec, conflit significatif, placement en famille d'accueil de proximité ou en CRJDA, passage au tribunal, sanction disciplinaire.

E *Qu'est ce qui te rend triste [te fait de la peine, te met en colère, t'inquiète]?*

Dans les derniers jours, est-ce qu'il s'est passé quelque chose [à l'école, avec tes parents, tes amis, ton intervenant, ta famille d'accueil] qui t'a dérangé [mis en colère, fait de la peine]?

A *Est-ce que votre enfant a vécu des changements dans sa vie récemment?*

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait causer la détresse de votre enfant?

Aider l'enfant à identifier les émotions et les sentiments associés à la souffrance qu'il ressent, par exemple : désespoir, honte, humiliation, impuissance, colère, frustration, peur, tristesse, sentiment d'être un fardeau, d'être inutile ou dans une impasse.

E *Qu'est-ce qui te fait pleurer [te met en colère, te fait peur]?*

Est-ce possible que cette chicane avec ta mère te fasse vivre beaucoup de frustration?

Tenter de cerner avec l'enfant ce qui influence la durée, la fréquence et l'intensité de la souffrance.

E *Depuis combien de temps ressens-tu de la peine? Quand as-tu commencé à te sentir triste?*

À quel endroit ou moment de la journée ressens-tu de la solitude? De la peur? Le matin à ton réveil? Le soir quand tu vas dormir? Quand tu es à l'école?

À l'inverse, parle-moi d'un moment cette semaine où tu t'es senti un peu mieux. Où étais-tu? Avec qui? Que faisais-tu?

A *Quels sont les moments de la journée qui sont plus difficiles pour votre enfant? Plus faciles? Qu'y a-t-il de différent lors de ces moments? À quelle fréquence se produisent-ils dans la semaine?*

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Explorer la présence de scénarios et d'antécédents d'idées ou de gestes suicidaires



Aider l'enfant à préciser de quelle façon se manifestent les idées et les gestes suicidaires.

- E** Dans les dernières semaines [derniers jours], t'est-il arrivé...
 de souhaiter mourir [être mort, penser à la mort, au suicide] ?
 de poser un geste pour te tuer [mourir, te suicider] ?
 de prendre des risques [d'agir] comme si ta vie n'était pas importante ou que mourir ne te dérangeait pas ?
 d'avoir l'impression que toi ou ta famille seriez mieux si tu étais mort ?
 Est-ce que l'envie de mourir survient chaque jour ? À quel moment de la journée ?
 Parle-moi maintenant des moments où l'envie de mourir est moins présente. Avec qui es-tu ? Que fais-tu lors de ces moments ?

Normaliser le fait qu'il peut arriver à des enfants de penser à la mort ou au suicide, sans laisser entendre que c'est une option.

- E** Je comprends que face à cette situation difficile, tu aies pu penser à mourir. Tu sais, il existe d'autres solutions pour se sentir mieux et arrêter de souffrir. Je vais t'aider à les trouver.

Explorer le scénario, tout en sachant que celui-ci peut se préciser rapidement et que l'absence d'un scénario ne signifie pas qu'il y a absence de danger.

- Moyen :** Quel moyen prévois-tu utiliser ? Qu'est-ce que tu as pensé faire pour mourir ?
Accessibilité : Comment vas-tu te procurer ce moyen ?
Létalité : Comment penses-tu que ce moyen va provoquer ta mort ?
Moment : Quand prévois-tu mourir [te tuer] ? Qu'est-ce qui indiquerait que le moment est arrivé ?
Lieu : As-tu planifié autre chose en lien avec ton suicide [ta mort] ?

SUIVE...



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



ENFANT



ADULTE

(suite) Explorer la présence de scénarios et d'antécédents d'idées ou de gestes suicidaires

Vérifier si l'enfant a pensé au suicide dans le passé ou s'il a déjà posé des gestes suicidaires.



T'est-il déjà arrivé de penser à mourir [te tuer]? À quel moment? Combien de fois y as-tu pensé?

As-tu déjà essayé de mourir ou de te faire du mal?

Qu'est-ce que tu as utilisé pour te faire du mal?

Combien de fois as-tu essayé? T'es-tu déjà blessé?



Votre enfant a-t-il déjà exprimé des idées suicidaires ou tenu des propos inquiétants dans le passé? Des comportements dangereux?

Pourriez-vous m'en dire plus sur le contexte de cet épisode?

Qu'est-ce qui avait été fait à ce moment-là?

Vérifier la capacité de l'entourage à assurer la sécurité et le bien-être global de l'enfant

Pour mieux comprendre l'environnement dans lequel évolue l'enfant, tenter de cerner la nature des relations qu'il entretient avec les adultes significatifs de son entourage (ex. : harmonieuses, empreintes de confiance ou tendues et conflictuelles).



Comment se passe ta relation avec ta maman [ton papa, autre]? Peux-tu me donner un exemple?



Comment décririez-vous votre relation avec [nom de l'enfant]?

Vous dites que votre relation est tendue. Pouvez-vous me donner un exemple? Comment faites-vous pour détendre la situation avec [nom de l'enfant]?

Désigner avec l'enfant des adultes significatifs de son entourage qui pourront l'aider à surmonter la situation actuelle, par exemple ses parents, sa famille d'accueil de proximité, son enseignant, un membre de sa famille élargie, un intervenant de son milieu de vie.



De toutes les personnes que tu connais, par qui voudrais-tu [aimerais-tu] être aidé dans cette situation?

Parmi les personnes que tu vois tous les jours, qui pourrait t'aider à traverser ce moment difficile?



Qui sont les autres adultes dans l'entourage de votre enfant qui pourraient être interpellés pour aider dans la situation actuelle?



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



(suite) Vérifier la capacité de l'entourage à assurer la sécurité et le bien-être global de l'enfant

Explorer avec l'entourage leurs réactions et interprétations concernant l'enfant et la situation actuelle. Être à l'affût d'une possible banalisation de la situation par l'entourage.

A *Qu'est-ce que ça vous fait de voir votre enfant dans cette situation?*

Que faites-vous pour soutenir votre enfant malgré vos émotions (panique, impuissance, épuisement)?

Je me demande comment vous voyez la situation. Vous arrive-t-il d'avoir l'impression que votre enfant agit comme ça pour vous manipuler?

Vérifier quelles sont les actions que l'entourage a mises en place ou qu'il envisage de mettre en place pour assurer la sécurité de l'enfant et l'accompagner afin qu'il surmonte la situation actuelle.

A *Votre enfant traverse une période difficile depuis quelques semaines. Vous m'avez dit qu'il parle de suicide depuis quelques jours [semaines] déjà. Qu'est-ce qui a été fait à la maison avant aujourd'hui pour l'aider à aller mieux? Pour l'empêcher de se faire du mal?*

En avez-vous parlé avec l'école? Avec d'autres professionnels de la santé? Comment ça s'est passé?

Aider l'entourage à identifier ses besoins et à obtenir l'aide nécessaire (ex. : répit, suivi psychosocial ou psychologique, soutien dans le rôle parental ou pour la fratrie).

A *Vous éprouvez certaines difficultés. Pouvons-nous en discuter ensemble? Quel soutien avez-vous présentement?*

Comment pourrions-nous vous aider [soutenir]?

Parlez-moi du soutien que vous avez eu dans le passé. Qu'est-ce qui a marché?

Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans la situation actuelle?

De mon côté, je peux [...], et du côté du milieu scolaire, ils peuvent [...]. Qu'en pensez-vous?

Être à l'affût des vulnérabilités possibles chez l'entourage, par exemple :

- Idées ou gestes suicidaires présents ou passés;
- Problème de santé mentale ou d'abus de substances;
- Situation de violence conjugale ou familiale.

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**Explorer le lien de confiance et l'intention de collaborer aux interventions****Explorer l'ouverture de l'enfant et de son entourage, leur engagement et leur mobilisation par rapport au fait de travailler en collaboration pour résorber l'épisode suicidaire.**

E *Serais-tu prêt à ce qu'on discute ensemble pour trouver des façons de te sentir un peu moins [seul, fâché, triste]?*

Dis-moi, qu'est-ce que tu aimerais qui soit différent après notre rencontre? Ce serait quoi, les indices que nos rencontres fonctionnent pour t'aider?

A *Comment pouvons-nous travailler ensemble pour améliorer la situation?*

Est-ce que vous croyez que je peux vous apporter de l'aide?

Rappeler à l'enfant son importance et sa valeur, lui exprimer l'importance accordée au fait qu'il retrouve un bien-être et le plaisir d'être là (vivant).

E *Je suis content d'avoir fait ta connaissance aujourd'hui, tu es un enfant qui [s'exprime bien, est attachant, a du talent]. Tu sais que tu es unique. Personne n'est exactement comme toi. Cela fait ta richesse et personne ne peut te remplacer.*

Je comprends qu'en ce moment, c'est difficile. J'ai déjà rencontré des enfants qui pensaient à mourir. On a trouvé ensemble des moyens, des solutions pour se sentir mieux.

Il y a des moments dans ta vie où tu te sens bien et ça va bien. On peut travailler ensemble pour qu'il y en ait plus.

Considérer les conditions, les états et les pensées qui peuvent accroître le risque**Identifier, en collaboration avec l'enfant et son entourage, les conditions, les états et les pensées qui pourraient accroître le risque suicidaire, notamment :**

- Anxiété, état dépressif;
- Impulsivité, agressivité;
- Maladie, douleur chronique, traitement pharmacologique;
- TDAH ou TSA;
- Consommation de substances (alcool, drogue), usage problématique des réseaux sociaux ou des jeux vidéo;
- Faible capacité d'adaptation, faible estime de soi;
- Pensées négatives, dévalorisantes, catastrophiques, invalidantes.

E *Est-ce qu'il t'arrive [de te mettre facilement en colère, d'être triste sans vraiment savoir pourquoi, d'agir sans y réfléchir, de penser sans arrêt que tu n'y arriveras pas]?*

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

E ENFANT A ADULTE

(suite) Considérer les conditions, les états et les pensées qui peuvent accroître le risque

Explorer les conséquences de ces conditions, états et pensées sur les manifestations associées au suicide.

E *Tu dis qu'il t'arrive souvent d'agir sans réfléchir avant et de le regretter ensuite. Raconte-moi ce qui se passe lorsque tu ressens de la colère [honte, peur]. As-tu peur de poser un geste dangereux pour toi dans ces moments-là?*

A *Parlez-moi de ce qui se passe ou de ce que vous observez chez votre enfant lorsqu'il [se met en colère, se sent très anxieux, sent qu'il est en situation d'échec]. Avez-vous l'impression que cela a une incidence sur ses idées suicidaires?*

Aider l'enfant à reconnaître les moments d'exception, les moments où ses conditions, ses états ou ses pensées ont moins d'emprise sur lui et sur ses idées suicidaires.

E *Malgré toute la colère que tu as ressentie, tu as réussi à ne pas poser de geste violent envers toi-même. Comment fais-tu pour ne pas agir quand les pensées viennent? Raconte-moi un moment où tu as réussi à ne pas poser de geste dangereux, même si c'était difficile.*

A *Parlez-moi des moments durant lesquels l'enfant semble se sentir bien ou mieux. Que se passe-t-il dans ces moments-là? Quel est son état d'esprit? Le vôtre? Que pouvez-vous faire pour que ces moments soient plus fréquents?*

Vérifier si des traumatismes ou des événements dans l'histoire familiale de l'enfant peuvent accroître chez lui le risque suicidaire

Chercher à cerner auprès de l'enfant et de l'entourage s'il y a ou s'il y a eu dans la famille présence de traumatismes ou d'événements tels que :

- Décès par suicide;
- Décès, blessure grave ou maladie;
- Expérience d'immigration ou d'exil;
- Traumatisme historique ou intergénérationnel (ex. : parents ou grands-parents ayant fréquenté un pensionnat autochtone);
- Exposition à la violence*
- Maltraitance, négligence, abus sexuel ou physique*.

SUITE...



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



(suite) Vérifier si des traumatismes ou des événements dans l'histoire familiale de l'enfant peuvent accroître chez lui le risque suicidaire

S'il y a lieu

Explorer avec l'enfant les répercussions du décès ou du suicide d'un proche sur sa situation actuelle et la présence d'idées suicidaires.

E *Quand [ton papa, ton frère, ta cousine] est décédé, comment t'es-tu senti?*

Peux-tu m'expliquer dans tes mots ce qui s'est passé?

Est-ce que, parfois, tu te sens triste et fatigué comme [ton papa, ton frère, ta cousine]?

Chercher à cibler et à renforcer les forces et les ressources de l'enfant

Cerner et valoriser les forces et les capacités de l'enfant et chaque petit progrès accompli dans sa recherche de solutions.

E *Tu me racontes que tu as réussi à aller dans ta chambre, à te calmer et à ne pas te faire du mal au lieu de continuer de te chicaner avec ton frère. Bravo, tu peux être fier de toi!*

Ta mère m'a raconté que tu avais réussi à demander de l'aide à ton enseignante cette semaine lors d'un conflit à l'école. Je sais que c'est difficile pour toi et tu as réussi.

Tu ne t'en rends pas compte en ce moment, mais tu as fait plein de choses qui fonctionnent [donner des exemples]. Ce n'est pas facile et tu y arrives. Je crois en toi.

Rechercher des solutions ou stratégies qui ont déjà fonctionné dans d'autres circonstances. En suggérer au besoin.

E *Je vais te donner un exemple de mise en situation d'un enfant qui a eu à résoudre un conflit avec ses camarades. J'aimerais que tu me dises comment tu réagiras face à cette situation. Par la suite, ensemble, nous trouverons d'autres façons de réagir en plus de celle que tu as trouvée.*

Parle-moi d'un moment où tu étais vraiment fâché et où tu as réussi à redevenir calme par toi-même. Comment y es-tu arrivé? Qu'est-ce que tu as fait? À qui ou à quoi as-tu pensé? Quoi d'autre?

Tu sais, il arrive à d'autres enfants de vivre des situations semblables à la tienne. Voudrais-tu que je te fasse part de quelques trucs que ces enfants utilisent pour se sentir mieux?

SUITE...

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**(suite) Chercher à cibler et à renforcer les forces et les ressources de l'enfant****Aider l'enfant à trouver ses raisons de vivre et les explorer avec lui.**

E *Malgré toutes ces difficultés, tu as réussi à ne pas poser de geste dangereux. Il y a quelque chose qui t'a retenu. Qu'est-ce que tu t'es dit dans ta tête pour t'aider à ne pas le faire? À quoi ou à qui as-tu pensé?*

Parle-moi des personnes qui sont importantes dans ta vie.

Serais-tu d'accord pour dessiner sur cette feuille les choses qui sont importantes dans ta vie, les moments qui sont les plus importants pour toi? Tu pourrais ensuite mettre ce dessin en évidence dans ta chambre.

A *Votre enfant nous a dit que le moment le plus important dans sa journée est l'heure du coucher, car c'est à ce moment-là que vous lui racontez une histoire. Je vous invite à préserver cette routine qui est significative pour lui.*

**Intervenir immédiatement pour assurer la sécurité de l'enfant si :**

- L'enfant est blessé;
- Une tentative est en cours, quelle que soit la létalité du moyen utilisé;
- L'enfant menace de se tuer maintenant et un moyen léthal ou présentant un risque de blessure lui est accessible;
- L'enfant est agité ou désorganisé, il agit de manière agressive, violente, imprévisible, ou incontrôlable.

Gestes à poser

- Rester avec l'enfant ou s'assurer qu'une personne de confiance assure sa surveillance;
- Contacter le parent (ou le tuteur légal);
- S'assurer que le parent (ou le tuteur légal) accompagne immédiatement l'enfant vers l'urgence hospitalière;
- Appeler les secours (911);
- Selon le milieu et l'état de l'enfant, utiliser des mesures de sécurité en vigueur (ex. : retrait dans une pièce calme avec l'accompagnement d'un adulte).

Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

- *Quels sont les problèmes ou les préoccupations qui accentuent la détresse de l'enfant en ce moment?*
- *Y a-t-il des éléments qui compromettent la sécurité de l'enfant à court terme? Lesquels? Qu'est-ce qui pourrait précipiter un passage à l'acte?*
- *Quelles sont les raisons de vivre de l'enfant, ses forces et ses capacités qui contribuent à le protéger dans la situation actuelle?*
- *L'entourage est-il en mesure d'assurer la sécurité de l'enfant?*
- *Quels sont les besoins de l'entourage pour assurer la sécurité de l'enfant et promouvoir son bien-être?*
- *L'enfant et son entourage sont-ils mobilisés dans la démarche pour aller mieux?*
- *L'intervention a-t-elle permis de susciter l'espoir et la recherche de solutions?*



* ASPECT LÉGAL : SIGNALEMENT AU DPJ

OBLIGATION DE SIGNALEMENT AU DPJ

Comme professionnel dans l'exercice de vos fonctions, vous devez signaler au DPJ toutes situations pour lesquelles la sécurité ou le développement de l'enfant est ou peut être compromis, pour quelques raisons que ce soit.

(Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 39 et 39.1)

4 CONVENIR D'UN PLAN D'ACTION ET CLORE L'ENTRETIEN



À la fin de l'entretien clinique, l'enfant a besoin que des mesures soient déterminées pour répondre à son besoin de sécurité physique et émotionnelle jusqu'à la prochaine rencontre et que des interventions visant à améliorer la situation et à réduire la détresse soient mises en place. Les besoins et les capacités de l'enfant et de son entourage déterminent la nature et l'intensité des mesures du plan d'action^{7,8,18,31}. Elles seront ajustées à chacune des rencontres, selon l'évolution de la situation et du risque suicidaire. Le plan d'action s'articule autour de quatre objectifs incontournables, même si l'enfant présente un faible risque de passage à l'acte suicidaire :

- **Apaiser la souffrance, susciter l'espoir et consolider les forces**^{9,31};
- **Assurer la sécurité de l'enfant à court terme (heures et jours à venir)**^{9,21};
- **Prévoir des stratégies spécifiques à mettre en place lors des moments critiques**^{8,9};
- **Outiller et soutenir les membres de l'entourage pour appliquer le plan d'action**^{7,9}.

Pour l'enfant et son entourage, le fait de participer activement aux discussions, aux décisions et à la mise en œuvre du plan d'action favorise leur adhésion à ce plan, en plus de renforcer le pouvoir d'agir et le sentiment de sécurité de l'enfant. L'implication de l'enfant à cette étape peut également contribuer à atténuer la perception des contraintes qui accompagnent parfois la mise en place de mesures de sécurité.



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



ENFANT



ADULTE

Souligner les forces observées chez l'enfant et son entourage**Utiliser des exemples concrets et tangibles pour souligner les forces.**

- E** *Tu m'as dit que tu étais « bon à rien ». Ça ne doit pas être facile de se sentir comme ça. En même temps, tu as réussi à garder ton calme lorsque nous avons parlé du conflit avec [XYZ]. Moi, ce que je vois, c'est un garçon qui a vraiment envie que les choses aillent mieux et qui réussit à réfléchir avec moi pour trouver des solutions!*
- A** *Vous connaissez bien [nom de l'enfant]. Vous avez tout de suite vu qu'il avait besoin d'aide et vous avez fait les démarches nécessaires rapidement.*

Valoriser la capacité à demander ou à accepter de l'aide lors d'une situation difficile.

- E** *Tu disais que tu n'avais pas envie de parler de ça, que ça ne servirait à rien, mais tu as osé le faire. Tu as choisi de tenter ta chance, de faire confiance. Tu t'es confié et tu as réalisé que tu te sentais mieux par la suite.*
- A** *En choisissant de demander de l'aide pour [nom de l'enfant] et pour votre famille, vous lui démontrez qu'il est important, qu'il peut compter sur vous pour prendre soin de lui et surmonter ce moment difficile.*

Développer le plan d'action en collaboration avec l'enfant et son entourage**1. Déterminer avec l'enfant et son entourage des mesures concrètes pour apaiser la souffrance, susciter l'espoir et consolider les forces de l'enfant.**

- E** *Nous avons discuté de plusieurs choses qui t'aident à te sentir plus calme [plus apaisé, moins en colère, moins triste]. Je propose donc que, dans les prochains jours, tu essaies de...*
- Discuter ou planifier un moment agréable avec un proche significatif (ex. : ami, enseignant);
 - Faire une activité apaisante (ex. : dessiner, courir, faire de la visualisation ou des respirations profondes, danser, écouter de la musique);
 - Faire une activité qui permet de valoriser les forces, les compétences, les passions, les champs d'intérêt.
- A** *Dans ce genre de situation, il est recommandé que les parents...*
- Assurent une présence stable et rassurante auprès de l'enfant et veillent à diminuer certains éléments stressants contrôlables dans son environnement (ex. : conflit avec les parents, pression scolaire).

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



ENFANT



ADULTE

(suite) Développer le plan d'action en collaboration avec l'enfant et son entourage

Note : Si l'enfant est hébergé dans un CRJDA, appliquer le protocole en vigueur pour assurer sa sécurité.

2. Déterminer avec l'enfant et son entourage des mesures concrètes pour assurer la sécurité de l'enfant pour les heures et jours à venir, selon les enjeux de sécurité relevés lors de l'analyse du risque.



Qu'est-ce qui permettrait de s'assurer que tu seras en sécurité lorsque tu retourneras chez toi?



Comment pourriez-vous réduire l'accès aux moyens de se suicider dans l'environnement de [nom de l'enfant]? Quels sont les objets potentiellement dangereux pour [nom de l'enfant] à la maison [ex. : armes, couteaux, médicaments, liquides toxiques]? Peut-il avoir accès à une piscine ou à un plan d'eau? Est-ce que d'autres éléments dans son environnement peuvent être potentiellement dangereux [ex. : un pont, un chemin de fer]?

Il serait important de ranger ou de cacher les objets dangereux, ou d'en limiter l'accès.

D'ici à ce que la situation se résorbe, il serait important d'éviter de laisser [nom de l'enfant] seul à la maison.

3. Convenir des mesures concrètes selon la nature des moments critiques anticipés et en suggérer au besoin.



Si ça devenait difficile pour toi, que dirais-tu de...

- Contacter un service d'aide ponctuel (Tel-jeunes; Info-Social 811; 1 866 APPELLE; Jeunesse, J'écoute; suicide.ca);
- Appeler un intervenant;
- Demander de l'aide à un adulte significatif de l'entourage.



Si la situation devenait plus difficile pour votre enfant dans les prochains jours, il est important de...

- Contacter l'intervenant désigné;
- Contacter un service d'aide ponctuel (Info-Social 811; 1 866 APPELLE; suicide.ca; LigneParents);
- Éviter de laisser l'enfant seul lors d'une crise ou d'un conflit.

4. Prévoir des mesures concrètes pour outiller et soutenir l'entourage, selon ses besoins et ses capacités.



Afin de vous soutenir dans cette période difficile et de vous aider à assurer la sécurité et le mieux-être de votre enfant, avez-vous une idée de ce que vous pourriez faire ou à qui vous pourriez vous adresser?

- Solliciter l'aide d'autres professionnels (ex. : médecin de famille, psychologue, psychoéducateur);
- Se renseigner et rechercher des outils pratiques grâce à différentes ressources (ex. : <https://reso.cool/je-suis/parents>).

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



S'assurer que le plan d'action est accessible et simple à comprendre pour l'enfant qui s'y réfère

Utiliser un format de plan d'action convivial, accessible et simple à comprendre pour l'enfant.

- Inviter l'enfant à rédiger lui-même certaines parties du plan d'action s'il le souhaite;
- Utiliser des images, des pictogrammes ou autres au besoin.

E *Que dirais-tu de coller ici cette image de [...] qui t'aidera à te rappeler que tu peux téléphoner à [...] si tu te sens triste ou en colère?*

Vérifier la compréhension de l'enfant et de son entourage par rapport aux mesures convenues.

E *J'aimerais que tu me dises ce que tu as compris des mesures que nous avons trouvées ensemble. Supposons que les idées concernant le désir de mourir reviennent, que feras-tu? Que feront tes parents?*

A *Maintenant que nous avons fait un plan, j'aimerais que vous me décriviez dans vos propres mots ce que vous ferez si votre enfant cesse de dormir ou ne veut plus manger. Et s'il exprime à nouveau son désir de mourir? N'hésitez pas à me contacter d'ici à notre prochaine rencontre si vous avez des questions ou si vous êtes inquiet pour votre enfant.*

Susciter l'adhésion de l'enfant et de son entourage au plan d'action et leur engagement à sa mise en œuvre

Explorer la mobilisation de l'enfant et de l'entourage autour de l'application des mesures.

E *Es-tu d'accord avec ce qu'on vient de parler? Qu'as-tu hâte d'essayer? Qu'est-ce qui te tente le moins?*

A *Comment allez-vous aider votre enfant à réaliser les activités que nous avons trouvées ensemble?*

Vérifier auprès de l'enfant et de son entourage les freins potentiels à l'application des stratégies prévues au plan d'action et trouver des solutions pour augmenter la probabilité qu'ils mettent en œuvre les actions prévues.

E *Qu'est-ce qui t'empêcherait d'utiliser ces stratégies pour t'aider?*

[Nom de l'enfant], nous avons convenu que tu allais essayer de parler à ton ami à l'école d'ici notre prochaine rencontre. Pour t'aider, chaque soir, maman regardera avec toi comment ça s'est passé.

A *Comment vous sentez-vous par rapport à ces mesures? De quoi auriez-vous besoin pour vous sentir encore plus confiant à l'idée de les mettre en place?*

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Convenir des prochaines étapes avec l'enfant et son entourage

Prévoir un prochain rendez-vous ou une relance dans un délai qui correspond aux besoins de l'enfant et de son entourage pour assurer la sécurité de l'enfant, possiblement de 24 à 72 heures après le premier entretien.

A *Je propose qu'on se revoie la semaine prochaine. Je pourrais vous téléphoner dans deux jours pour voir comment les choses évoluent. Qu'en pensez-vous?*

Faciliter l'implication des différents partenaires qui peuvent contribuer à accompagner l'enfant et son entourage

Veiller à la continuité des services si l'enfant doit être accompagné ou orienté vers un service complémentaire ou spécialisé (ex. : pédopsychiatrie).

A *Je crois qu'il serait important d'appeler l'accueil psychosocial du CISSS pour obtenir de l'aide pour votre famille. Si vous me le permettez, je peux leur adresser une demande ou encore appeler dès maintenant avec vous.*

Veiller à transmettre l'information pertinente aux partenaires qui partagent le quotidien de l'enfant, tout en respectant la confidentialité.

A *Je crois qu'il serait important pour le bien-être de [nom de l'enfant] d'informer l'école de la situation actuelle. Accepteriez-vous que je prenne contact avec la direction ou avec le psychoéducateur de l'école? De cette façon, ils pourront ajuster leurs interventions auprès de [nom de l'enfant].*

Clore la rencontre en explorant les impressions et l'appréciation de l'enfant et de son entourage

Vérifier l'utilité perçue de la rencontre auprès de l'enfant et de son entourage.

E *Au début de la rencontre, tu m'as dit que tu te sentais nerveux [triste, en colère]. Comment te sens-tu maintenant?*

Ouf! En tout cas, je me sens un peu moins gêné que tantôt! Et toi?

A *Je sais que cette situation est très éprouvante et que vous étiez très inquiet au début de la rencontre. Comment percevez-vous les choses maintenant qu'on a pris le temps d'en discuter et de faire un plan?*

SUITE...

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



(suite) Clore la rencontre en explorant les impressions et l'appréciation de l'enfant et de son entourage

Vérifier auprès de l'enfant les effets potentiels (positifs ou négatifs) d'avoir abordé les questions entourant la mort et le suicide.

E *Qu'est-ce que ça te fait d'avoir parlé de la mort [du suicide, de tes pensées ou de tes gestes pour te faire du mal] avec moi aujourd'hui?*

Qu'est-ce que tu aimerais retenir de notre rencontre d'aujourd'hui?

Reconnaître et normaliser le vécu affectif de l'enfant, particulièrement s'il ressent des émotions inconfortables (ex. : gêne, honte) lors des échanges et lui rappeler qu'il peut parler librement de ses idées suicidaires durant ces moments.

E *Tu te sens peut-être gêné de la discussion que nous venons d'avoir et c'est normal. Rappelle-toi qu'ici, on peut parler de tout, même de sujets difficiles comme le fait que tu souffres, la mort et le suicide.*



Recommander au parent, au tuteur ou à toute autre personne responsable de l'enfant de l'accompagner vers l'urgence hospitalière si la situation l'exige

- Les professionnels et l'entourage ne parviennent pas à susciter la collaboration de l'enfant;

et

- Sa sécurité demeure compromise malgré l'intervention réalisée;
- Il y a des motifs sérieux de croire que l'enfant pourrait poser un geste suicidaire s'il est laissé seul ou sans surveillance rapprochée;
- La situation peut rapidement évoluer vers un danger imminent et l'entourage n'est pas en mesure d'assurer la sécurité de l'enfant (signalement au DPJ requis).

Faire un signalement au DPJ si la situation l'exige

En contexte de prévention du suicide, demeurez notamment à l'affût des situations pour lesquelles les adultes responsables de l'enfant ne sont pas en mesure :

- d'assurer son intégrité physique et son bien-être psychologique;
- de contribuer significativement au plan d'action (ex. : ne respectent pas les ententes prises avec les professionnels).

Note : Au besoin, demandez une info-consultation au service de la réception et du traitement des signalements du CISSS ou du CIUSSS (service offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7).



Rappel : Comme professionnel dans l'exercice de vos fonctions, vous devez signaler au DPJ toutes situations pour lesquelles la sécurité ou le développement de l'enfant est ou peut être compromis, pour quelques raisons que ce soit.

(Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 39 et 39.1)



Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

- *Le plan d'action est-il clair? Simple? Réaliste? Acceptable pour l'enfant et son entourage? Les actions à mener pour chacun d'ici la prochaine rencontre sont-elles claires?*
- *Quel est le niveau d'engagement de l'enfant et de son entourage à la mise en œuvre du plan d'action?*
- *Quels sont les freins potentiels à la mise en œuvre du plan d'action? Des moyens pour contrer ces freins ou les réduire sont-ils disponibles et mis en place?*
- *Les mesures pour assurer la sécurité de l'enfant et pour apaiser sa souffrance sont-elles suffisantes par rapport au risque suicidaire qu'il présente?*
- *Est-ce qu'un prochain rendez-vous est prévu dans un court délai? Ce délai est-il adapté aux besoins de l'enfant et au risque suicidaire?*
- *Est-ce qu'un accompagnement ou une orientation vers un service spécialisé ou complémentaire est requis?*



5 EFFECTUER LE SUIVI

L'enfant qui présente des idées ou des gestes suicidaires doit avoir rapidement accès à un suivi soutenu, adapté à ses besoins et au risque suicidaire. Ce suivi s'articule autour d'objectifs convenus avec l'enfant et son entourage^{7,9,31}. Il vise à résorber l'épisode suicidaire actuel et à éviter que les idées suicidaires présentes à ce stade du développement de l'enfant perdurent ou s'intensifient à l'adolescence.

Les rencontres du suivi permettront :

- **D'ajuster les actions et les mesures de sécurité** à l'évolution du risque suicidaire et des besoins de l'enfant et de son entourage;
- **D'accompagner l'enfant et son entourage** vers une utilisation adaptée des ressources, une plus grande résilience et des stratégies d'adaptation positives.

Ce suivi s'inscrit dans un processus à moyen ou long terme (quelques semaines à quelques mois). Afin de favoriser la cohérence et la continuité des services, différents partenaires peuvent contribuer de manière significative au suivi^{9,22,23}, par exemple :

- **Milieu scolaire et de l'enseignement** : enseignant, technicienne en éducation spécialisée, psychologue, psychoéducateur et autre intervenant de l'école;
- **Service de protection et de réadaptation de l'enfance et de la jeunesse**;

- **Équipe offrant des services de proximité spécialisés pour les jeunes** (ex. : Jeunes en difficulté, Santé mentale jeunesse);
- **Soins et services de pédopsychiatrie**;
- **Médecin de famille – GMF**;
- **Centre de prévention du suicide et autre organisme communautaire.**

Le suivi peut varier d'une grande intensité (ex. : contact quotidien) à une intensité soutenue (ex. : contact hebdomadaire ou bimensuel). Pour s'assurer notamment de la sécurité de l'enfant entre les rencontres en personne, il est possible d'intégrer en alternance des contacts téléphoniques. De plus, le suivi doit traiter spécifiquement des enjeux associés au suicide pour l'enfant et son entourage afin de contribuer significativement à la diminution du risque suicidaire.

L'intensité du suivi et ses modalités (ex. : présence ou absence du parent ou du tuteur aux rencontres) seront déterminées en collaboration avec l'enfant et son entourage selon leurs besoins et l'analyse du risque suicidaire. Cette collaboration favorisera une compréhension partagée de la situation et du suivi à privilégier.

Selon les besoins de l'enfant et de son entourage, des services complémentaires peuvent être offerts (ex. : évaluation psychologique, suivi familial, soutien au développement de compétences parentales).

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**Analyser, en collaboration avec l'enfant et l'entourage, l'évolution du risque suicidaire****Amorcer la discussion à partir des préoccupations les plus importantes de l'enfant et de son entourage.**

E *Si tu es d'accord, nous allons discuter de l'évolution de la situation. À notre dernière rencontre, tu te disais préoccupé par [...]. Nous avons déterminé tes forces et des activités qui pourraient t'aider. Peux-tu nous dire comment ça va par rapport à cette situation aujourd'hui?*

Est-ce que quelque chose en particulier te préoccupe aujourd'hui?

Tenter de cerner l'évolution de la situation depuis la dernière rencontre.

E *À la dernière rencontre, tu disais que ta situation était à 2 sur 10 [1/10 = très mauvaise ou nuage noir et 10/10 = très bonne ou soleil]. Et maintenant, tu dirais que la situation est à combien sur 10?*

Peux-tu m'expliquer ce qui a fait changer la situation? Qu'est-ce qui est différent?

Lors de notre dernière rencontre, tu disais avoir l'impression que ta famille serait mieux sans toi. Tu disais y penser souvent. Raconte-moi comment ça se passe pour toi avec ces pensées. Sont-elles encore présentes?

A *Selon vous, comment les choses ont-elles évolué pour [nom de l'enfant] depuis notre dernière rencontre? Avez-vous vécu ou observé de nouveaux épisodes de détresse? Comment les avez-vous gérés? Comment vous sentez-vous par rapport au plan que nous avons fait? Avez-vous fait des ajustements?*

Lors de notre dernière rencontre, vous disiez vous sentir dépassé par la situation et vous anticipiez la semaine avec appréhension. Racontez-moi comment les choses ont évolué cette semaine.

Porter une attention particulière aux périodes de transition vécues par l'enfant.

E *À notre dernière rencontre, tu disais ressentir beaucoup de peur à l'idée de retourner à l'école. Raconte-moi comment ça s'est passé. Qu'as-tu fait pour te préparer?*



PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Ajuster le plan d'action avec l'enfant et son entourage selon leurs besoins et l'évolution du risque suicidaire

Vérifier quelles mesures ont été appliquées et dans quel contexte.

E De quelle façon as-tu utilisé [moyens/stratégies] qu'on avait trouvés à la dernière rencontre?

À quel moment as-tu essayé ce moyen? Que s'était-il passé avant? Est-ce que ça s'est reproduit par la suite? As-tu essayé le même moyen? Qu'as-tu essayé d'autre?

À la dernière rencontre, nous avons convenu que ta maman afficherait une liste d'activités apaisantes sur le réfrigérateur pour que tu puisses en choisir une lorsque tu te sentirais très anxieux [triste, en colère]. Parle-moi des activités qui sont proposées sur cette liste. Lesquelles as-tu essayées depuis notre dernier échange?

A Puisque [nom de l'enfant] passait plusieurs heures par jour seul dans sa chambre, nous avons trouvé des moyens pour qu'il passe un peu plus de temps dans le salon familial chaque jour. Comment cela s'est-il passé? Avez-vous remarqué des changements? Comment avez-vous aidé votre enfant à accomplir ce défi?

Explorer avec l'enfant et son entourage les effets de ces mesures sur eux.

E Qu'est-ce qui a été utile? Qu'as-tu aimé essayer parmi les différents moyens qu'on avait trouvés ensemble? As-tu remarqué des changements?

A Quels ont été les résultats après l'utilisation des stratégies par votre enfant?

Veiller à assouplir, à resserrer ou à adapter les mesures du plan d'action.

E Maintenant que tu ne penses plus à mourir par suicide tous les jours, que tu sais que tu peux demander du soutien à tes parents et à ton enseignante, que dirais-tu que l'on se rencontre X fois par semaine?

Tu dis que tu as très peur de ce moment qui approche [retour à l'école, anniversaire de décès]. Que dirais-tu qu'on se rencontre plus souvent le temps de traverser ces moments et de s'assurer que tout ira bien pour toi?

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION

**Aider l'enfant et son entourage à reconnaître les succès et les changements qui contribuent au mieux-être de l'enfant****Souligner les efforts ainsi que les petits progrès ou améliorations.**

E *Lorsqu'on s'est rencontrés hier pour la première fois, c'était trop difficile pour toi de me parler de tes idées. Aujourd'hui, je vois que c'est déjà un peu plus facile pour toi. Tu arrives à m'en parler.*

Avant-hier, on ne savait pas qui tu pourrais aller voir à l'école si tu pensais à mourir. Aujourd'hui, on sait que, si ça arrive à nouveau, tu pourrais aller voir la psychoéducatrice.

La dernière fois qu'on s'est vus, l'idée de te tuer était présente toute la journée. Depuis hier, tu y penses seulement une fois par jour. Qu'as-tu fait pour que ça se passe un peu mieux?

A *Les moments agréables que vous avez partagés avec votre enfant cette semaine semblent avoir été significatifs pour lui. Vous avez réussi à trouver du temps et à vous consacrer à ces moments. C'est un progrès important.*

Mettre en place le plan d'intervention et assurer son suivi selon les modalités de votre milieu de pratique**Aider l'enfant à établir des objectifs significatifs, observables et atteignables (petits pas) qui contribuent à :**

- Augmenter le bien-être, réduire la souffrance;
- Consolider les forces et utiliser des habiletés ou moyens efficaces;
- Augmenter le sentiment de contrôle;
- Susciter l'espoir, être en contact avec ses raisons de vivre (ex. : succès, passions, amis, aspirations, rêves);
- Améliorer les relations;
- Répondre aux besoins non comblés.

E *Lorsque je te verrai dans quelques jours, qu'est-ce qui m'indiquerait que tu vas un peu mieux? Qu'est-ce qui serait différent dans ta vie?*

Aider l'enfant et son entourage à préciser des moyens concrets pour atteindre les objectifs. Certains moyens s'adressent directement à l'enfant et d'autres, à son entourage.

E *Tu t'es donné comme objectif de jouer avec un ami lors des récréations. Que pourrais-tu faire pour relever ce défi? Comment tes parents ou ton école pourraient t'aider à relever ce défi?*

A *Comment pourrez-vous aider et encourager [nom de l'enfant] à atteindre son objectif? Que diriez-vous de lui demander tous les soirs comment ont été ses récréations? De faire une liste de jeux amusants pour les récréations? D'informer les TES de l'école de cet objectif important pour [nom de l'enfant]?*

PRATIQUES À PROMOUVOIR

PISTES POUR L'ACTION



Soutenir la motivation de l'enfant et de son entourage à mettre en œuvre les moyens trouvés

Encourager l'utilisation d'un aide-mémoire ou d'un pictogramme.

 *Je vous suggère de mettre sur le réfrigérateur un mot [une image, un dessin] qui représente le défi de [nom de l'enfant].*

Déterminer avec l'enfant et l'entourage les prérequis pour pouvoir mettre en œuvre les moyens trouvés (ex. : temps, lieu, accès au matériel).

 *Tu souhaites faire de la course chaque jour pour t'aider à diminuer ton stress. Quel sera le meilleur moment de la journée pour courir? Avec qui feras-tu cette activité?*

Tu as pensé que de parler de ta journée avant le coucher t'aiderait à être moins nerveux. À qui pourrais-tu parler de ta journée?

Prévoir faire un retour sur les moyens utilisés à la prochaine rencontre et l'annoncer.

 *À notre prochaine rencontre, j'aimerais que tu m'amènes ta photo de classe pour me montrer ton ami [XYZ]. Je sais qu'il est important pour toi et j'aimerais que tu m'en parles davantage.*

Favoriser l'arrimage et la continuité des services

Au besoin

Orienter l'enfant et son entourage vers d'autres ressources pour assurer une offre de service qui répond à l'ensemble de leurs besoins, tout en maintenant le suivi actuel.

- Équipe offrant des services de proximité spécialisés pour les jeunes (ex. : Jeunes en difficulté, Santé mentale jeunesse);
- Soins et services de pédopsychiatrie;
- Médecin de famille – GMF.

Désigner avec l'ensemble des intervenants impliqués qui sera le répondant principal pour l'enfant et son entourage.

- Privilégier l'intervenant qui a déjà un lien de confiance ou de proximité avec l'enfant.



SUITE...

PRATIQUES À PROMOUVOIR**PISTES POUR L'ACTION****(suite) Favoriser l'arrimage et la continuité des services**

Avec l'accord du parent ou tuteur

Communiquer l'information pertinente aux autres intervenants impliqués auprès de l'enfant et de son entourage.

Pour pouvoir bien soutenir votre enfant, je crois qu'il serait pertinent de communiquer des informations en lien avec notre rencontre d'aujourd'hui aux autres professionnels travaillant avec lui. C'est important que tous les milieux qu'ils fréquentent soient informés et que tout le monde puisse être attentif à ses besoins. Nous pourrions aussi nous réajuster plus facilement si tout le monde est au courant de la situation. Seriez-vous en accord avec cette démarche?

Mettre fin au suivi**Envisager de mettre fin au suivi lorsque :**

- L'enfant ne présente plus d'idées suicidaires ou de manifestations associées au suicide depuis quelques semaines;
- Les enjeux associés à l'épisode suicidaire (situations, émotions, cognitions, interactions sociales) sont résorbés;
- L'enfant utilise les stratégies d'adaptation trouvées lorsqu'il vit des situations difficiles;
- L'entourage démontre sa capacité à accompagner l'enfant face aux difficultés vécues et à assurer son intégrité physique et son bien-être psychologique.

Une fois le suivi terminé

Inviter les adultes significatifs qui gravitent autour de l'enfant, et plus particulièrement les parents et le milieu scolaire, à maintenir une certaine vigilance par rapport au risque suicidaire.

Assurer un accès rapide au service s'il y a une nouvelle demande d'aide.



Questions de réflexion pour soutenir votre jugement clinique

- *Depuis la dernière rencontre, comment ont évolué le risque suicidaire et les besoins de l'enfant?*
- *De quelle façon les mesures du plan d'action ont-elles été appliquées?*
- *Comment évoluent les différents objectifs du suivi?*
- *Quels sont les efforts ou améliorations (même petits) qui peuvent être soulignés? Pour l'enfant? Pour l'entourage?*
- *Qu'est-ce qui pourrait être fait pour maintenir ou améliorer la collaboration et l'engagement de l'enfant à l'égard du suivi?*

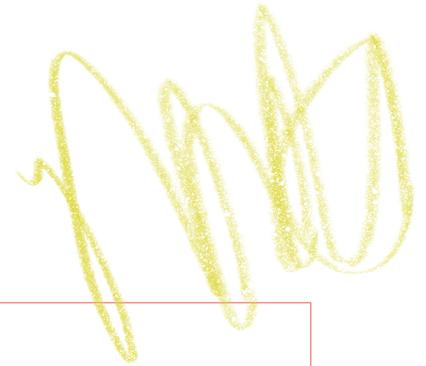


HISTOIRES DE CAS : ENJEUX LÉGAUX, ÉTHIQUES ET CLINIQUES

Les histoires suivantes permettent d'aborder différents enjeux légaux, éthiques et cliniques qui peuvent survenir lors de votre intervention auprès d'un enfant à risque suicidaire et de son entourage. Sans formuler de réponses complètes, les pistes d'action qui vous sont proposées visent à soutenir votre jugement clinique et vos réflexions à l'égard de ces enjeux délicats et complexes.

Histoire de cas n°

1



Lucas, un élève de 11 ans (5^e année du primaire), a verbalisé des intentions suicidaires ce midi à la suite d'une dispute dans la cour de récréation. Une psychoéducatrice en milieu scolaire a été interpellée pour rencontrer Lucas le jour même.

En début de rencontre, Lucas était très fermé. Il refusait de parler de sa situation. Il a répété quelques fois qu'il ne voulait pas qu'on appelle ses parents. Il semblait préoccupé par la réaction de ceux-ci.

Quels sont les droits de Lucas en matière de confidentialité?

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

Tout d'abord, il est important de clarifier les inquiétudes de Lucas par rapport à ses parents pour mieux comprendre la dynamique familiale et s'assurer qu'aucun préjudice n'est causé à l'enfant en divulguant l'information aux parents. Par exemple :

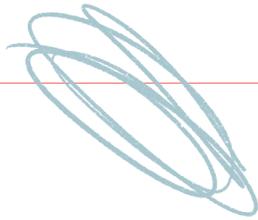
- Dans un contexte de violence intrafamiliale, l'identification d'un problème par l'école pourrait déclencher un épisode de violence;
- Dans un contexte où les services de protection et de réadaptation de la jeunesse sont impliqués, des parents méfiants vis-à-vis les services pourraient punir Lucas de façon excessive ou le culpabiliser face à ce qui s'est passé à l'école.

Si un préjudice est décelé, un signalement au DPJ doit être fait.

(SUITE) PISTES D'ACTION PROPOSÉES

Si aucun préjudice n'est décelé, l'intervenant peut expliquer à Lucas la raison de la divulgation de l'information à ses parents. Voici quelques éléments qui peuvent être expliqués à Lucas :

- La loi prévoit que les informations importantes concernant sa santé et sa sécurité doivent être divulguées à ses parents;
- Ses parents peuvent lui venir en aide et le soutenir dans cette période difficile.



L'intervenante peut explorer avec Lucas ce qu'il est prêt à partager avec ses parents ou non, tout en rappelant qu'il doit communiquer les informations en lien avec sa sécurité. Par exemple, si un enfant est intimidé à l'école à cause de son orientation sexuelle et qu'il n'a jamais parlé de ce sujet à ces parents, cette information pourrait ne pas être dévoilée momentanément.

Ainsi, dans le meilleur intérêt de l'enfant, les titulaires de l'autorité parentale et l'intervenant peuvent convenir que certaines informations et préoccupations de l'enfant demeurent privées, ce qui pourrait favoriser les confidences de l'enfant et la construction d'un lien de confiance entre celui-ci et l'intervenant.



* ASPECT LÉGAL : SECRET PROFESSIONNEL ET CONFIDENTIALITÉ

DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ

Le droit d'un enfant de moins de 14 ans au secret professionnel et à la confidentialité est exercé et contrôlé par le titulaire de l'autorité parentale. Ainsi, toute information significative concernant la santé et le bien-être de l'enfant doit être communiquée au titulaire de l'autorité parentale, sauf si la divulgation de cette information cause vraisemblablement un préjudice à l'enfant.

(Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12, art. 5 et 9; Code des professions, RLRQ, c. C-26, art. 60.4; Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 39)

Au sujet du droit d'accès du titulaire de l'autorité parentale au dossier de l'enfant de moins de 14 ans, le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur.

(Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, art. 21)

NOTION DU MEILLEUR INTÉRÊT DE L'ENFANT

Les décisions concernant l'enfant doivent être prises dans son intérêt et dans le respect de ses droits. Sont pris en considération, outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques de l'enfant, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et les autres aspects de sa situation.

(Code civil du Québec, RLRQ, c. C-64, art. 33)

Histoire de cas n°

2

Chloé a 12 ans (1^{re} secondaire). Elle vit avec sa mère et ses deux frères plus jeunes. La mère de Chloé a des problèmes de consommation et la famille est suivie par les services de protection de la jeunesse pour négligence. Le père de Chloé est décédé par suicide l'an dernier. Depuis quelques semaines, l'enseignante de Chloé remarque qu'elle s'isole de plus en plus et semble anxieuse. Aujourd'hui, Chloé a écrit sur Facebook qu'elle allait bientôt « disparaître ». Un élève a informé l'école de ce message sur les réseaux sociaux.

L'intervenante de la protection de la jeunesse qui a été interpellée pour rencontrer Chloé n'arrive pas à joindre sa mère. Il semble que Chloé soit seule à la maison avec ses frères pour quelques jours.

Quelles sont les interventions en lien avec la prévention du suicide à réaliser lorsque les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas joignables?

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

Plusieurs indices nous amènent à penser que Chloé présente un risque suicidaire (ex. : endeuillée par un suicide, message indirect sur les réseaux sociaux, isolement et symptômes d'anxiété selon l'enseignante). Par ailleurs, le fait que Chloé soit sans supervision parentale à la maison contribue de façon importante au risque suicidaire.

Le fait que les deux jeunes frères de Chloé soient seuls à la maison avec elle pour quelques jours est également préoccupant.

À la lumière des informations disponibles, l'intervenante des services de protection de la jeunesse peut juger que des mesures de protection immédiate doivent être prises sans le consentement de la mère afin d'assurer la sécurité de Chloé et de ses frères.

SUITE...

(SUITE) PISTES D'ACTION
PROPOSÉES

L'intervenante procédera alors à l'analyse plus approfondie du risque suicidaire chez Chloé et conviendra avec elle d'un plan d'action adapté à ses besoins, qui devrait inclure des mesures pour assurer sa sécurité, notamment dans le contexte où son parent n'est possiblement pas en mesure de veiller à sa sécurité et à son bien-être global.

Afin de soutenir et d'accompagner Chloé et ses frères dans cette situation difficile, l'intervenante pourrait également chercher à joindre un autre adulte significatif, par exemple la grand-mère.



*** ASPECT LÉGAL**

**DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA
PROTECTION DE LA JEUNESSE**

Des mesures de protection immédiate peuvent être prises sans le consentement des parents afin d'assurer la sécurité de l'enfant. En cas d'urgence durant la période où des mesures de protection immédiate sont appliquées, des soins et services médicaux peuvent être prodigués sans le consentement des parents.

(Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1, art. 46 et 48)

Histoire de cas n°

3

Zachary a 6 ans (1^{re} année du primaire). Il vit avec sa mère et son père. Zachary a été témoin dans les dernières années de gestes suicidaires posés par son père, qui a un diagnostic de schizophrénie. Lorsqu'il est triste ou contrarié, Zachary affirme qu'il veut mourir. L'infirmière qui rencontre Zachary explore avec lui sa compréhension de la mort dans le cadre de l'analyse du risque suicidaire et de la situation de Zachary. Elle lui pose notamment les questions suivantes :

- Quand on meurt, qu'est-ce qui se passe avec notre corps?
- Est-ce qu'on peut revenir voir les gens qu'on aime?
- Comment se sentent ceux qui sont vivants?

Zachary offre des réponses ambiguës qui laissent penser qu'il croit que les morts ont des relations quasiment normales avec les vivants et peuvent avoir une vie quotidienne avec eux. Sa conception de la mort est donc partielle : il ne semble pas encore avoir acquis le caractère irréversible de la mort.

Lorsque l'infirmière le questionne pour savoir « comment il s'y prendrait pour mourir », il répond qu'il sauterait dans la piscine pour se noyer.

L'entourage de Zachary est très croyant et évoque les défunts de la famille devant lui. Rendre hommage aux proches que l'on a perdus, croire que ceux-ci reposent en paix et espérer les rejoindre un jour dans un autre monde sont au cœur des croyances religieuses de la famille de Zachary.

Comment composer avec une conception partielle du concept de mort chez Zachary?



PISTES D'ACTION PROPOSÉES

Sans chercher à rectifier ou à nuancer la vision spirituelle de la mort portée par l'enfant et sa famille, l'infirmière peut poursuivre l'exploration de la perspective de Zachary par rapport au concept de la mort. En effet, si on prend en compte les aspects religieux, spirituels et culturels, il n'y a pas une seule perspective possible. Les croyances concernant la mort peuvent être profondément ancrées chez certaines familles. Dans ce contexte, l'infirmière doit adopter une attitude respectueuse et ouverte et préserver le lien de confiance avec l'enfant et son entourage.



Le caractère définitif, universel et inévitable de la mort peut tout de même être travaillé avec Zachary pour contribuer à réduire le risque suicidaire.

- **Définitif** : quand on meurt, c'est pour toujours. On ne revient pas dans notre vie actuelle avec les gens qu'on aime. Notre corps ne bouge plus jamais, on ne peut plus interagir avec les gens qu'on aime et qui sont vivants comme nous.
- **Universel** : tout le monde meurt un jour et c'est normal.
- **Inévitable** : on ne peut pas échapper à la mort. Mais la vie est importante et on peut en profiter.



Histoire de cas n°

4

Annabelle a 11 ans (6^e année du primaire). Elle bénéficie d'un suivi en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et vit en foyer de groupe depuis quelques mois. Annabelle a un TDAH avec une importante impulsivité. À son arrivée au foyer, Annabelle a dit à son intervenante qu'elle pensait parfois à mourir. Un suivi adapté a été mis en place et les parents d'Annabelle ont participé à plusieurs rencontres pour soutenir leur fille.

Il y a deux mois, Annabelle s'est confiée à une amie à propos d'un scénario de suicide. L'intensité du suivi psychologique offert à Annabelle a été augmentée et des mesures de protection additionnelles ont été mises en place au foyer et lors des sorties d'Annabelle dans sa famille.

Plus récemment, Annabelle a publié sur sa page Facebook un lien vers un site prosuicide.

Lorsqu'on la questionne sur ses propos suicidaires, Annabelle dit que ça lui fait du bien de penser au suicide quand ça ne va pas, que ça ne la dérange pas d'en parler, qu'elle ne fera pas une tentative de suicide tout de suite.

Comment éviter le piège de la banalisation des propos suicidaires?

PISTES D'ACTION PROPOSÉES

Travailler le lien de confiance avec Annabelle est vraiment clé dans cette situation. L'intervention auprès d'elle pourrait viser à :

- Susciter l'espoir chez Annabelle et l'aider à trouver des solutions;
- Analyser la situation, notamment pour déterminer les raisons qui amènent Annabelle à tenir des propos suicidaires, par exemple :
 - une souffrance qu'elle ne parvient pas à bien identifier et à gérer,
 - un mécanisme d'adaptation face à sa situation actuelle,
 - un sentiment de désespoir par rapport à sa situation actuelle,
 - une forte identification aux propos suicidaires qui sont partagés sur les sites prosuicides qu'elle consulte.

SUITE...

(SUITE) PISTES D'ACTION
PROPOSÉES

Il est crucial de ne jamais banaliser les comportements suicidaires d'un enfant et de présumer d'une explication sans avoir fait une analyse approfondie de la situation.

Il est aussi important de mettre en place des mesures pouvant assurer la sécurité d'Annabelle.

Par exemple :

- **Surveillance rapprochée;**
- **Rencontres plus fréquentes avec le psychologue;**
- **Retrait de moyens létaux.**



Enfin, rappelons qu'un enfant qui exprime des idées suicidaires manifeste une souffrance et présente un risque. Ainsi, il faut comprendre le vécu de l'enfant, explorer sa détresse et ses besoins, demeurer à l'écoute de son expérience, convenir d'un plan d'action qui permet d'assurer sa sécurité et lui offrir un accompagnement à plus long terme qui lui permettra d'expérimenter de nouvelles stratégies d'adaptation.

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE CHEZ UN ENFANT DE 5 À 13 ANS

L'identification d'un enfant à risque suicidaire repose sur la vigilance de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de lui, notamment ceux qui partagent son quotidien, qui connaissent son histoire et le contexte dans lequel il évolue^{4, 18, 23}. Il peut s'agir, par exemple, de sa famille immédiate et élargie, de ses enseignants, des intervenants du milieu scolaire, des intervenants de premier niveau en CPEJ et de tout autre proche significatif.

L'observation de manifestations associées au suicide permet d'orienter l'enfant et son entourage vers un intervenant qui pourra approfondir l'analyse du risque suicidaire et convenir d'un plan d'action avec eux.

Le tableau suivant présente différents types de manifestations associées au suicide pour vous aider à déceler la présence d'un risque suicidaire chez l'enfant.

TYPE DE MANIFESTATIONS ASSOCIÉES AU SUICIDE

EXEMPLES

Pensées^{1, 5, 6, 9, 13, 27}

- Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste.
- Penser à cacher un couteau dans sa chambre.
- Avoir des images ou des pensées récurrentes concernant la mort ou le suicide.
- Penser à la réaction des proches si on était mort ou disparu.

Communications verbales directes^{6, 9, 16}

« Je veux mourir »; « Je veux me suicider »; « J'ai des pensées noires »;
« Ce serait mieux si j'étais mort ».

Communications verbales indirectes^{6, 9}

« Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière »; « Vous seriez mieux sans moi »; « Je veux partir loin et ne pas revenir »; « Je veux aller avec les oiseaux »; « Je veux faire comme... (la personne qui s'est suicidée) ».

Communications directes ou indirectes par texto ou par les médias sociaux

- Sous forme de phrases (affirmations, questions), d'images, de J'aime (Like) sur des publications parlant de la mort ou du suicide sur les réseaux sociaux, etc.

TYPE DE MANIFESTATIONS
ASSOCIÉES AU SUICIDE

EXEMPLES

**Communications
non verbales**^{6,9}

- Dessins représentant un acte violent ou un geste suicidaire, des cercueils, la souffrance, des objets pour se suicider.
- Mimes : s'étrangler, se couper.

**Comportements
autoagressifs sans blessure**
5, 6, 7, 9, 16, 26, 29, 30

- Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (ex. : une branche) à travers la peau (ex. : dans le ventre, le bras ou la jambe).
- Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger).
- Essayer de s'étrangler avec ses mains ou de retenir sa respiration.

**Comportements
autoagressifs avec risque de
blessures ou de décès**^{9,11,27}

- Avaler des pilules ou des substances ayant un potentiel toxique (drogues).
- Se blesser avec un objet coupant.
- S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde.
- Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit élevé.
- Se jeter devant un véhicule.
- Sauter à l'eau (sans savoir nager).
- Traverser la rue à un feu rouge.

Indices associés aux MAAS
1, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 38, 39

**Ces indices peuvent aider
à repérer un enfant à
risque qui n'exprime pas
verbalement sa détresse et
ses idéations suicidaires.**

- **Comportementaux** : changements de comportement (pire ou mieux), agitation, consommation de substances, augmentation des comportements compulsifs, isolement, demande d'aide accrue, absentéisme.
- **Émotionnels** : humeur changeante, manifestations de tristesse, de colère ou d'irritabilité, inquiétude accrue face à des événements à venir, anxiété, agressivité accrue, insatisfaction, déception, peurs ou insécurité face à une situation, sentiment d'incompétence.
- **Indiquant des signes de désespoir** : discours négatif face à l'avenir, découragement, dévalorisation de soi, refus de prendre sa médication, refus du suivi ou absence aux rendez-vous de suivi, refus de l'aide offerte.
- **Sur le plan neuro-végétatif** : dégradation du sommeil, de l'appétit ou du niveau d'énergie.
- **Somatiques** : apparition ou aggravation de troubles physiques, maux de dos, maux de tête, maux de ventre, etc.
- **Cognitifs** : confusion, difficultés de concentration, indécision.
- **Psychiatriques** : augmentation des symptômes.
- **Relatifs à des pertes d'acquis et à des difficultés d'adaptation dans la situation actuelle** : stagnation ou régression.

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ AUX CONSULTATIONS

L'équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'IUPLSSS souhaite remercier toutes les personnes qui ont généreusement participé aux consultations préalables aux travaux. Votre disponibilité, vos témoignages sincères et vos expériences ont guidé la rédaction de ce guide.



ABADIE, Pascale

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

AMER, Laura

Centre universitaire de santé McGill

ANGELO, Rita

CISSS de Laval

ARSENAULT Lisa,

CISSS de la Gaspésie

ARSENAULT, Stéphanie

CISSS de la Gaspésie

AUPIN, Moïra

CISSS de la Gaspésie

BARDON, Cécile

Université du Québec à Montréal

BLANCHET, Patricia

Centre de services scolaire de Montréal

BOILY, Catherine

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

BOUCHARD, Patricia

CIUSSS de la Capitale-Nationale

BOURQUE, Marie-Ève

CISSS de la Gaspésie

BOURTHILLIER, Christiane

Centre de services scolaire de Sorel-Tracy

BOUSQUET, Marie-Ève

CISSS de Laval

CARMEL, Jean Philippe

Hôpital général juif de Montréal

CARRIER, Annie

CISSS de Laval

CATELLIER, Isabelle

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COHEN, Caroline

Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys

COMTOIS, Dominique

Centre de services scolaire de Montréal

CÔTÉ, Dominique

CIUSSS de la Capitale-Nationale

CÔTÉ, Priscilla

Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys

COULOMBE-PONBRIAND, Myriam

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

COUTURE, Christine

Maison de la Famille de la Vallée du Richelieu

COUTURE, Nathalie

CISSS de la Montérégie-Est

DAGENAIS, Gabrielle

Centre de services scolaire de Montréal

DENIS, Catherine

ministère de la Santé et des Services sociaux

DESHAYES, Flore

CSSS Inuulitsivik

DESJARDINS, Sophie

Centre de services scolaire de Montréal

DESROSIERS, Geneviève

CSSS Inuulitsivik

DROLET, Maude-Émilie

CSSS Inuulitsivik

DUBÉ, Marie-Pier

CSSS Inuulitsivik

DUBÉ ST-MARTIN, Élizabeth

CISSS de la Montérégie-Centre

DUBEAU, Marie-Michèle

CIUSSS de la Capitale-Nationale

DUFOUR, Geneviève

CIUSSS de la Capitale-Nationale

DROUIN, Caroline

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

EDWARDS, Sharon

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

ÉMOND, Louis-Philippe

CIUSSS de la Capitale-Nationale

FORTIN, Émilie

CISSS de la Gaspésie

GÉDÉON, Nancy

CISSS de la Gaspésie

GEOFFROY, Marie-Claude

Département de psychiatrie de l'Université McGill et Institut universitaire en santé mentale Douglas

HERVIEUX, Maureen

Centre d'amitié autochtone de Québec

HEWER, Jasmine

CSSS Inuulitsivik

HUOT, Élise

Tel-jeunes

INUKPUK, Martha

CSSS Inuulitsivik

JOHNSTON, Tiffany

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

JUNEAU, Carole-Anne

Centre de services scolaire de Laval

KELLY, Steven

CSSS Inuulitsivik

KHOUZAM, Micheline

Centre universitaire de santé McGill

LACASSE, Sandra

CISSS de la Gaspésie

LABARRE, Catherine

Centre de crise et de prévention du suicide de Laval L'ilot

Lajoie, Josée

Centre de services scolaire de Montréal

LAKE, Josée

consultante

LALONDE, Nathalie

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

LALIBERTÉ, Jean-Sébastien

CSSS Inuulitsivik

LANE, Carole

Hôpital Sainte-Justine

LANGLOIS, Helsa-Émilie

CISSS de la Gaspésie

LAPOINTE, Johanne

Institut de psychiatrie légale Philippe-Pinel

LATOURE, Daniel

CSSS Inuulitsivik

LAVOIE, Marie-Ève

CISSS de la Montérégie-Centre

LEBLANC, Caroline

CISSS de la Montérégie-Est

LECOURS-BOIVINEAU, Julie

Centre de services scolaire de Montréal

LEGRIS, Mélanie

Centre de services scolaire de Montréal

LEGRIS, Luc

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

LONG, Marie-Pier

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

LOPEZ, Katrina

Centre de services scolaire Marie-Victorin

MAATA, Putugu

CSSS Inuulitsivik

MALTAIS, Nathalie

Université de Québec à Trois-Rivières

MASSIMILIANO, OrriUniversité McGill, Groupe McGill d'études sur le suicide,
Centre de recherche Douglas**MEUNIER-DUBÉ, Ariane**

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

MONTREUIL, Marjorie

Université McGill, Centre de recherche Douglas

OUELLET, Mélissa

Maison de la Famille de la Vallée du Richelieu

PALLASCIE, Marie-Christine

CISSS de Laval

PAQUETTE, NancyCentre de crise et de prévention du suicide du
Haut-Richelieu-Rouville**PATAT, Élis**

Tel-jeunes

PELCHAT, Lucie

Association québécoise de prévention du suicide

PICARD, Julie

Centre d'amitié autochtone de Québec

PILLARELLA, Sophie

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

PLANTE-BOULAY, Karine

CISSS de la Montérégie-Ouest

POIRIER-VEILLEUX, Camille

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

POMINVILLE, Marie-Claude

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

PRICE, Brooke

Centre de santé Inuulitsivik

PUTUGU, Maata

CSSS Inuulitsivik

QURESHI, Mona

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

RASSY, Jessica

Université de Sherbrooke

RENAUD, Audrey

Deuil-Jeunesse

ROUSSEAU, Pierre

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

ROY, Françoise

Université du Québec en Outaouais

SAPPA, Mary

CSSS Inuulitsivik

SCHRUMAN, Janet Strike

Centre de services scolaire New Frontiers

SUTTON, Nancy

CISSS de la Gaspésie

SIROIS, Geneviève

Carrefour des enfants de Saint-Malo

TERRADAS, MiguelUniversité de Sherbrooke, Centre de jeunesse de Montréal,
Institut universitaire Jeunes en difficulté**TERRIAULT, Marie-Claude**

CSSS Inuulitsivik

THIVIERGE, Lucie

CISSS de la Montérégie-Est

THOMAS, Gailene

CSSS Inuulitsivik

TOUSSAINT-LACHANCE, Malorie

CISSS de la Montérégie-Centre

UQAITUK, Winnie

CSSS Inuulitsivik

VENNES, ValérieCommission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador

BIBLIOGRAPHIE

1. Baux-Cazal, L. et al. (2016). Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature, *L'Encéphale*, 273-280.
2. Stordeur, C., Acquaviva, E., Galdon, L., Mercier, J.-C., Titomanlio, L. et Delorme, R. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans, *Archives de Pédiatrie*, 22(3), 255-259.
3. Levesque, P., Mishara, B. et Perron, P.-A. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021*, Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, 9-20.
4. Bourdet-Loubère, S. et Raynaud, J.-P. (2013). Suicidal Ideation and Attempts during Middle Childhood: Associations with Subjective Quality of Life and Depression, *Open Journal of Medical Psychology*, 2(3), 93-100.
5. De Sousa, G. S., Dos Santos, M. S. P., Da Silva, A. T. P., Perrelli, J. G. A. et Sougey, E. B. (2017). Suicide in childhood: a literatura review, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099-3110.
6. Lake, J. (2018). *L'intervention auprès des enfants suicidaires 6-12 ans* [présentation].
7. Machado, R. T. (2017). Suicide in Children and Adolescents: An Overview, *Understanding Child and Adolescent Grief*.
8. Maltais, N., Genest, C. et Gagnon, M.-C. (2019). Évaluation du risque suicidaire de l'enfant de 12 ans et moins, *Perspective infirmière*, mars-avril, 54-61.
9. Table des formatrices en prévention du suicide de la Montérégie. (2016). *Atelier d'initiation à l'intervention chez les jeunes vulnérables au suicide (13 ans et moins)* [formation].
10. Raising Canada. (2020). *Top 10 threats to childhood in Canada and the impact of COVID-19*. https://static1.squarespace.com/static/5669d2da9cadb69fb2f8d32e/t/5f4d5397b58bce013ea6a5c7/1598903220020/Raising+Canada+Report_Final.pdf. Consulté le 8 février 2021.
11. Gallagher, R. et Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire, *Frontières*, 21(1), 98-106.
12. Montreuil, M., Butler, K. J. D., Stachura, M. et Pugnair, C. (2015). Exploring Helpful Nursing Care in Pediatric Mental Health Settings: The Perception of Children with Suicide Risk Factors and Their Parents, *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 849-859.
13. Gunn, J. F., III, et Lester, D. (2014). Stress-diathesis theories of suicidal behavior. Dans J. F. Gunn III et D. Lester (dir.), *Theories of suicide: Past, present and future* (chap. 6, p. 72-86).
14. Lebel, G., Ste-Marie, R., Boudrias, N. et Montreuil, M. (2018). *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS)*, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
15. Mishara, B. L. (1999). Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 105-11.
16. Miller, D. N. (2018). Suicidal Behavior in Children: Issues and Implications for Elementary Schools, *Contemporary School Psychology*, 1-10.
17. Steele, M. M. et Doey, T. (2007). *Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Part 2 : Treatment and Prevention*, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6, suppl. 1), 355-455.
18. Ridge Anderson, A., Keyes, G. M. et Jobes, D. A. (2016). Understanding and Treating Suicidal Risk in Young Children, *Practice Innovations*, 1(1), 3-19.
19. Sarkar, M., Byrne, P., Power, L., Fitzpatrick, C., Anglim, M., Boylan, C. et Morgan, S. (2010). Are Suicidal Phenomena in Children Different to Suicidal Phenomena in Adolescents? A Six-Year Review, *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 197-203.
20. Maltais, N. (2014). *La crise suicidaire chez les 12 ans et moins : état des connaissances et impact pour la pratique infirmière* [présentation].
21. Barrio, A. C. (2007). Assessing Suicide Risk in Children: Guidelines for Developmentally Appropriate Interviewing, *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66.
22. Oprescu, F., Scott-Parker, B. et Dayton, J. (2017). An analysis of child deaths by suicide in Queensland Australia, 2004-2012. What are we missing from a preventative health services perspective?, *Journal of Injury and Violence Research*, 75-82.
23. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 9-29.
24. Arsanow, J. R. (1992). Suicidal Ideating and Attempts During Middle Childhood: Associations With Perceived Family Stress and Depression Among Child Psychiatric Inpatients, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 21(1), 35-40.
25. Steele, M. M. et Doey, T. (2007). *Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Part 1 : Etiology and Risk Factors*, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6, suppl. 1), 215-345.
26. Trigylidas, T. E., Reynolds, E. M., Teshome, G. et Dykstra, R. L. (2016). Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System, *Injury Prevention*, 22, 268-273.
27. Martin, S. E. et al. (2016). Suicidal Thoughts and Behaviors in Psychiatrically Referred Young Children, *Psychiatry Research*, 246, 308-313.

28. Whalen, D. J., Dixon-Gordon, K., C. Belden, A., Barch, D. et Luby, J. L. (2015). Correlates and Consequences of Suicidal Cognitions and Behaviors in Children Ages 3 to 7 Years, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1-4.
29. Joiner, T. E. et Ribeiro, J. D. (2011). Assessment and Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents, *Pediatric Annals*, 40(6), 319-324.
30. Jackson, H. et Nuttall, R. L. (2001). Risk for Preadolescent Suicidal Behavior: An Ecological Model, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(3), 189-203.
31. Pettit, J. W., Buitron, V. et Green, K. L. (2018). Assessment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents, *Cognitive and Behavioral Practice*, 1-13.
32. Renaud, J. et al. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a case-control study, *Journal of Affective Disorders*, 105, 221-228.
33. Sheftall, A. H. et al. (2016). Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents, *Pediatrics*, 138(4), 1-12.
34. Stordeur, C., Acquaviva, E., Galdon, L., Mercier, J.-C., Titomanlio, L. et Delorme, R. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans, *Archives de Pédiatrie*, 22.
35. Cleary, M., Visentin, D. C., Neil, A. L., West, S., Kornhaber, R. et Large, M. (2019). Complexity of youth suicide and implications for health services, *Journal of Advanced Nursing*, 75, 2056-2058.
36. Lindsey, M. A., Brown, D. R. et Cunningham, M. (2017). Boys Do(n't) Cry: Addressing the Unmet Mental Health Needs of African American Boys, *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(4), 377-383.
37. Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R. et Mahr, F. (2014). Suicide Ideation and Attempts in Children With Psychiatric Disorders and Typical Development, *Crisis*, 36(1), 55-60.
38. York, A., Heise, B. et Thatcher, B. (2016). Child Suicide Screening Methods: Are We Asking the Right Questions? A Review of the Literature and Recommendations for Practice, *Student Works*, 147, i-11.
39. Soole, R., Kölves, K. et De Leo, D. (2014). Factors Related to Childhood Suicides: Analysis of the Queensland Child Death Register, *Crisis*, 35(5), 292-300.



