

GUIDE ET NORMES

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Cadre de référence clinique

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services sociaux



La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Cadre de référence clinique

Rédigé par
Sophie Bernard
Joëlle Brassard

Coordination scientifique
Micheline Lapalme

Sous la direction de
Sylvie Desmarais
Marie-Claude Sirois



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Sophie Bernard, M. Sc., D.E.S.S.

Joëlle Brassard, M. Sc.

Adjointe à la direction

Marie-Claude Sirois, M. Sc. Ps.éd., M. Sc. adm.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Jocelyne Bleau

Line Boisvert

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Prénom Nom, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-83874-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation – Cadre de référence clinique. Rapport rédigé par Sophie Bernard et Joëlle Brassard. Québec, Qc : INESSS; 2019. 134 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Pour ce rapport, les membres du comité de travail sont :

M^{me} Julie Bédard, psychologue, Direction du programme jeunesse – Équipe 2^e niveau, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Anne-Louise Brassard, conseillère de santé mentale jeunesse, Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Annie Dion, coordonnatrice des services de santé physique et mentale, spécifiques et spécialisés aux jeunes (13-17 ans), Direction du programme jeunesse, CISSS de Laval

M^{me} Geneviève Dufour, professionnelle-conseil, Direction des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Anne Duret, directrice du programme jeunesse et directrice de la protection de la jeunesse par intérim, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Geneviève Ferland-Mercier, chef de service en réinsertion sociale à la Direction du programme jeunesse-famille, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Kristine Gagnon, APPR-coordonnatrice clinique, Direction du programme jeunesse, CISSS des Laurentides (jusqu'en mai 2018)

M^{me} Lise Laporte, chercheuse, Institut universitaire Jeunes en difficulté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, et psychologue, Programme des troubles de la personnalité, Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Mélanie Leblond, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Geneviève Létourneau, coordonnatrice, Direction adjointe du programme jeunesse-hébergement, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Sylvie Ménard, coordonnatrice en réadaptation, responsable du Gouvernail et de la Permanence à la Direction de la protection de la jeunesse, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Dany Rogers, chef de service réadaptation et hébergement, Direction du programme jeunesse, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Diane Veilleux, conseillère à la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire, CISSS de Chaudière-Appalaches

M. Jean-François Vézina, conseiller aux jeunes et aux familles, Direction des services aux jeunes et aux familles, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M. Ronald Chartrand, consultant

D^r Yves Lambert, omnipraticien, Direction adjointe du programme jeunesse-hébergement, CISSS de la Montérégie-Est; professeur agrégé de clinique, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

M^{me} Monique Séguin, professeur, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, et directrice du Laboratoire de recherche sur les trajectoires de vie; chercheure, Groupe McGill d'étude sur le suicide, Réseau québécois de recherche sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA), Université McGill – Institut universitaire en santé mentale de l'Hôpital Douglas

Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance)

Présidence

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CUSM

M^{me} Marie-Ève Bouthillier, éthicienne

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M. Simon Legault, conseiller en révision de processus, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheur, CIUSSS de la Capitale-Nationale; professeure associée, Université; chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque)

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; professeur agrégé, Université McGill

M. Martin Robert, chef de programme (retraité), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Helen-Maria Vasiliadis, économiste, Montérégie

Membres citoyens

M^{me} Marie-Elyse Lafaille-Magnan

M. Alexis Rheault-Campeau

Autres contributions

L'Institut tient à remercier :

- les directeurs, les gestionnaires et les intervenants des directions des programmes jeunesse et des directions de la protection de la jeunesse des CISSS et des CIUSSS pour leur participation au sondage sur les pratiques cliniques et organisationnelles;
- M^{me} Lucie Pelchat, conseillère à la formation à l'Association québécoise de la prévention du suicide (AQPS), pour sa lecture du document et les commentaires transmis;
- les représentants de l'Alliance des comités des usagers des centres jeunesse du Québec pour les CISSS de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et les CIUSSS de la Capitale-Nationale et du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour leur rétroaction sur les orientations cliniques proposées lors de la rencontre de consultation du 3 juillet 2018;
- les représentants de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ) pour leur rétroaction sur les éléments de contenu liés aux activités réservées et présentés à la rencontre d'information du 16 novembre 2018;
- M. Steve Geoffrion, directeur adjoint du Centre d'étude sur le trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), pour des informations transmises concernant les interventions à la suite d'un événement potentiellement traumatique.

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré n'a nécessité la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	VIII
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE	XI
INTRODUCTION	1
1 LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE ET DE L'AUTOMUTILATION CHEZ LES JEUNES.....	3
1.1 Principaux référentiels.....	4
1.2 Caractéristiques de la clientèle	6
1.2.1 Prévalence des comportements suicidaires et d'automutilation chez les jeunes recevant des services sous la LPJ et la LSJPA	7
2 ÉLABORATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE	9
2.1 Objectifs.....	9
2.2 Méthodologie	9
2.3 Sources des données.....	9
3 SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE EN APPUI AU CADRE DE RÉFÉRENCE CLINIQUE	12
4 PRINCIPES GÉNÉRAUX D'INTERVENTION	16
4.1 Engager et favoriser la collaboration active du jeune, de sa famille et des personnes significatives dans le processus clinique	16
4.2 Établir une alliance thérapeutique avec le jeune	18
4.2.1 Défis des intervenants dans l'établissement d'une relation significative.....	19
4.2.2 Attitudes et capacités relationnelles des intervenants.....	20
4.3 Favoriser un travail d'équipe soutenu pour des interventions concertées.....	22
4.3.1 Responsabilité partagée	22
4.3.2 Partage de l'information clinique.....	24
4.4 Viser le meilleur équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel	26
5 PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE DYNAMIQUE ET CONTINU CENTRÉ SUR LES BESOINS DU JEUNE	29
5.1 Détection basée sur une vision globale de la situation du jeune	31
5.1.1 Reconnaissance des facteurs de risque et de protection.....	31
5.1.2 Reconnaissance des indices de détresse	35
5.2 Évaluation centrée sur la situation du jeune	38
5.3 Interventions adaptées aux besoins du jeune dans un contexte de vie de groupe	41
5.3.1 Intervention en contexte de vie de groupe	41
5.3.2 Intervention adaptée aux besoins du jeune	44
5.3.3 Intervention à la suite d'un événement potentiellement traumatique	50

6	PRATIQUES ORGANISATIONNELLES.....	56
6.1	Sécurité du milieu de vie	56
6.2	Gestion de l'information clinique	60
6.3	Formation et soutien clinique	61
6.3.1	Perfectionnement des connaissances et compétences des intervenants.....	62
6.3.2	Supervision et soutien clinique	63
	CONCLUSION	64
ANNEXE A	Stratégie documentaire	66
ANNEXE B	Description des résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques et méta-analyses recensées.	71
ANNEXE C	Description des programmes d'intervention ciblant les jeunes qui présentent un risque suicidaire ou de l'automutilation	80
ANNEXE D	Description des outils d'évaluation du risque suicidaire et de l'automutilation chez les jeunes.....	98
ANNEXE E	Questionnaire	117
ANNEXE F	Mythes sur le suicide et l'automutilation.....	119
ANNEXE G	Définition des schèmes relationnels.....	121
	RÉFÉRENCES	122

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Outils d'évaluation répertoriés dans la revue de littérature	14
Tableau 2	Exemples de facteurs de risque associés aux manifestations suicidaires ou à l'automutilation	32
Tableau 3	Exemples de facteurs de protection associés aux manifestations suicidaires ou à l'automutilation	34
Tableau 4	Exemples de moments critiques et d'événements précipitant	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Schémas relationnels	21
Figure 2	Niveaux d'intervention	23
Figure 3	Équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel	28
Figure 4	Processus d'intervention clinique	30

RÉSUMÉ

Les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation présentent souvent un état de vulnérabilité, étant confrontés à diverses difficultés personnelles, familiales et sociales. Parmi ces jeunes, certains présentent des manifestations suicidaires¹ ou d'automutilation. Ces problématiques préoccupent les intervenants et les gestionnaires des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui travaillent auprès de cette clientèle en raison, notamment, de la détresse de ces jeunes et des conséquences potentielles de ces manifestations. La gravité de ces situations démontre l'importance d'assurer à la fois la sécurité et la protection de ces jeunes ainsi que la mise en place d'interventions adaptées à leurs besoins spécifiques.

Différentes actions visant la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation ont été menées, au cours des dernières années, et ce, tant à l'échelle provinciale que locale. Des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont toutefois souligné le défi d'harmoniser les pratiques en cours. Ils ont aussi exprimé leur volonté de se doter d'une vision et d'un langage communs quant aux interventions à offrir aux jeunes. C'est dans ce contexte, et dans le cadre de son plan triennal d'activités 2016-2019, que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a entrepris des travaux afin d'élaborer un cadre de référence clinique sur la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Ce cadre de référence a comme objectif de dégager des orientations cliniques sur la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation auprès de ces jeunes. Ces orientations cliniques visent à soutenir et à mieux outiller les intervenants et les gestionnaires dans le contexte des interventions en centre de réadaptation. Plus spécifiquement, le cadre de référence est élaboré dans une perspective d'harmonisation des pratiques, tout en étant en concordance et en complémentarité avec le *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* (2018) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Méthodologie

Deux principaux objectifs ont guidé la réalisation de ces travaux : le premier visait à recenser les pratiques cliniques et organisationnelles qui favorisent une gestion optimale du risque suicidaire et des comportements d'automutilation tandis que le second objectif portait sur les facteurs facilitants et les barrières qui limitent l'application de ces pratiques. La démarche méthodologique utilisée pour l'élaboration du cadre de référence repose sur l'intégration des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels ainsi que sur la triangulation des données issues de la littérature et des informations recueillies

¹ Dans le cadre du présent document, les manifestations suicidaires incluent les idées, verbalisations et comportements suicidaires.

auprès des personnes consultées. À cet effet, une recherche documentaire a été effectuée afin de répertorier les pratiques cliniques et de gestion qui peuvent être utilisées par les intervenants et les gestionnaires qui travaillent directement auprès des jeunes hébergés en centres de réadaptation. Dans le contexte de ses travaux, l'INESSS a été soutenu par un comité de travail composé de représentants de différents secteurs d'activité. La démarche, dans laquelle a été impliqué ce comité, a permis de dégager quatre principes généraux d'intervention, un processus d'intervention clinique et douze orientations cliniques.

Principes généraux d'intervention

Dans le cadre du présent ouvrage, l'ensemble de nos travaux a permis de dégager quatre principes qui guident les interventions auprès des jeunes présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation. Ces principes viennent réitérer l'importance d'engager et de soutenir la collaboration du jeune, de sa famille et des personnes significatives. À travers une approche de collaboration, miser sur leurs forces et sur leur pouvoir d'agir est une avenue particulièrement mobilisatrice pour eux. Une meilleure compréhension mutuelle et une plus grande collaboration favorisent l'établissement d'un climat de confiance qui encourage, à son tour, la création d'une alliance thérapeutique avec le jeune. Toutefois, les manifestations suicidaires et d'automutilation des jeunes peuvent engendrer une charge émotionnelle importante chez les intervenants et avoir des répercussions sur cette alliance avec le jeune et sur l'intervention. Une pratique réflexive peut aider l'intervenant à en prendre conscience et lui permettre d'apporter des ajustements dans son intervention.

Trouver un équilibre pour une réponse aux besoins de sécurité et de soutien relationnel à offrir au jeune est également ressorti comme un défi important. Cet équilibre s'inscrit dans un processus clinique qui conçoit l'intervention dans sa globalité et varie selon la situation, les caractéristiques du jeune et le contexte d'intervention. S'il est essentiel de demeurer vigilant et de mettre en place des mesures de sécurité lorsque cela est requis, assurer un accompagnement clinique au jeune axé sur la validation de ses émotions et de sa détresse est tout aussi important. Cette recherche d'équilibre illustre la complexité de l'intervention auprès des jeunes présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation.

Le travail d'équipe et la responsabilité partagée entre les intervenants impliqués auprès du jeune viennent soutenir cet équilibre. Une collaboration entre les différents acteurs concernés est importante afin d'assurer une responsabilité partagée, selon la fonction et la nature de l'implication des intervenants, dans les interventions visant la diminution des manifestations suicidaires et d'automutilation du jeune. Cette collaboration est également nécessaire pour une gestion de risque efficace. Cette responsabilité partagée suppose que les membres de l'équipe aient une vision commune de la situation, tendent vers des objectifs communs et s'assurent d'une répartition bien définie des rôles et des responsabilités. Cela s'établit, notamment, par l'écoute du point de vue des autres, par l'appréciation des compétences, de l'expérience de chacun et de ses connaissances du jeune. Cette collaboration s'effectue en impliquant le jeune, sa famille et les personnes significatives.

Les orientations cliniques associées aux quatre principes généraux d'intervention sont les suivantes :

Engager et favoriser la collaboration active du jeune, de sa famille et des personnes significatives

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation s'effectue en partenariat avec le jeune, sa famille et les personnes significatives. Ainsi, l'intervention :

- tient compte des besoins, des forces et des difficultés spécifiques du jeune et de sa famille et est réalisée dans le meilleur intérêt du jeune et dans le respect de ses droits;
- se déroule dans le respect des capacités du jeune et de sa famille tout en favorisant leur responsabilisation et leur pouvoir d'agir;
- s'effectue de façon à favoriser une meilleure compréhension du comportement du jeune par la famille et les personnes significatives et à les accompagner dans le soutien à lui offrir.

Établir une alliance thérapeutique avec le jeune

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation est basée sur l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité avec le jeune. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- ont une pratique réflexive et prennent conscience des effets de leurs perceptions et de leurs réactions sur leur intervention et leur relation avec le jeune;
- démontrent de l'empathie, de la considération, de la disponibilité et de la souplesse.

Favoriser un travail d'équipe soutenu et des interventions concertées

Le travail d'équipe s'appuie sur une répartition claire des rôles et un partage des responsabilités dans la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation. Ainsi, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- collaborent avec lui, sa famille, les personnes significatives et les partenaires pour mettre en place les actions nécessaires;
- ont une vision et un langage communs de la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation;
- agissent en complémentarité avec les forces, les compétences et les expériences de chacune des personnes impliquées auprès du jeune;
- documentent, mettent à jour et utilisent les mécanismes de communication et de transmission de l'information.

Viser le meilleur équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel

En présence d'un risque suicidaire ou de comportements d'automutilation, l'intervention vise le meilleur équilibre dans la réponse aux besoins de sécurité et de soutien relationnel du jeune. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- s'assurent d'un environnement sécuritaire et adapté à la situation, aux caractéristiques du jeune et au contexte d'intervention;
- favorisent une intervention axée sur la validation de la détresse du jeune en plus de la gestion du comportement;
- assurent un accompagnement clinique soutenu et demeurent disponibles pour le jeune afin qu'il puisse verbaliser ses pensées, ses émotions et ses réflexions.

Processus d'intervention clinique

Les données issues de la littérature et des personnes consultées ont permis l'élaboration d'un processus d'intervention clinique. La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation s'inscrit à travers ce processus clinique dynamique et continu qui comprend la détection, l'évaluation et l'intervention. Ce processus clinique prend appui sur les principes généraux d'intervention qui sous-tendent la gestion de ce type de risque. La détection repose sur une vision d'ensemble de la situation du jeune. Pour ce faire, l'intervenant prend en considération l'histoire de vie du jeune, ses facteurs de risque et de protection. De plus, il observe les indices de détresse ainsi que tout autre événement lui permettant d'analyser la situation. Conformément au *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* du MSSS, lorsque des indices de détresse sont détectés, les intervenants mettent en place les mesures pour assurer la protection du jeune et évaluent la pertinence de consulter l'équipe de soutien spécialisée ou de référer le jeune à cette équipe qui pourra poursuivre le processus d'évaluation. Celui-ci vise à comprendre la dynamique du jeune à travers son fonctionnement, ses forces et ses vulnérabilités afin de cibler ses besoins et, ainsi, de déterminer les interventions à réaliser. Les activités d'évaluation qui impliquent de porter un jugement clinique sur la situation d'un jeune et d'en communiquer les conclusions doivent être effectuées dans le respect de la réglementation en vigueur au Québec.

Les interventions individualisées mises en place auprès d'un jeune visent, notamment, à renforcer les facteurs de protection et à agir sur les facteurs de risque qui peuvent être modifiés par une intervention. De plus, l'intervention doit être adaptée à l'intensité et aux fluctuations du risque suicidaire et des comportements d'automutilation manifestés afin que des décisions éclairées soient prises quant aux mesures à mettre en place, et ce, dans le meilleur intérêt du jeune et dans le respect de ses droits. Il est important que l'intervention favorise son implication afin de le responsabiliser et de l'aider à trouver des solutions plus saines. La réponse aux besoins individuels de chacun des jeunes dans un

contexte de vie de groupe peut représenter un défi pour les intervenants. Ceux-ci doivent demeurer vigilants face à l'influence des pairs, aux effets que peut avoir l'exposition aux manifestations suicidaires et d'automutilation ainsi qu'au risque de contagion de ces gestes.

Par ailleurs, le risque d'être exposé à une tentative de suicide, à un suicide ou à des comportements d'automutilation graves est réel en contexte d'hébergement. Ces événements peuvent affecter les jeunes du groupe, les intervenants et les gestionnaires, d'autres membres du personnel ainsi que les familles et les proches. Ces événements potentiellement traumatiques peuvent nécessiter la mise en place d'actions immédiates axées sur les premiers soins psychologiques afin de répondre rapidement aux besoins de base des personnes touchées et de diminuer leur détresse psychologique.

Les orientations cliniques associées au processus d'intervention clinique sont les suivantes :

Détection basée sur une vision globale de la situation du jeune

La détection du risque suicidaire et des comportements d'automutilation repose sur une vision globale de la situation du jeune en hébergement, et ce, tout au long de la prestation de services. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- prennent connaissance de l'histoire de vie du jeune, des motifs ayant mené à la mesure d'hébergement et identifient les facteurs de risque et de protection susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque suicidaire ou les comportements d'automutilation;
- demeurent à l'affût des indices de détresse manifestés par le jeune pour en comprendre le sens et la portée;
- exercent une vigilance en continu et accrue lors des moments critiques et des événements précipitants vécus par le jeune.

Évaluation centrée sur la situation du jeune

Lorsque des indices de détresse liés au risque suicidaire ou à l'automutilation sont détectés, les intervenants se réfèrent au *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*. Lorsqu'une évaluation auprès des équipes de 2^e ou de 3^e niveau d'intervention est requise, les intervenants de 1^{er} niveau :

- communiquent leurs connaissances de la situation du jeune, du contexte d'intervention et toutes autres informations cliniques, notamment celles documentées à l'aide d'outils ou par l'observation directe, contribuant ainsi au processus d'évaluation.

Interventions adaptées aux besoins du jeune et axées sur sa sécurité dans un contexte de vie de groupe

En contexte de vie de groupe, l'intervention vise à trouver un équilibre entre les besoins, les forces et les intérêts de l'ensemble des jeunes et ceux individuels. Ainsi, l'intervention :

- s'appuie sur une programmation clinique et un code de vie qui offrent des repères aux jeunes;
- tient compte de l'influence des pairs, des effets de l'exposition aux manifestations suicidaires et aux comportements d'automutilation et de la possibilité de contagion de ces gestes;
- favorise un climat de groupe et une entraide entre les jeunes.

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation nécessite des interventions individualisées en fonction des besoins spécifiques du jeune dans un milieu de vie le plus normalisant possible. Pour ce faire, les intervenants concernés :

- mettent en place des interventions variées qui renforcent les facteurs de protection et modifient les facteurs de risque du jeune sur lesquels une intervention est possible, pour favoriser le développement de stratégies d'adaptation saines et constructives;
- déterminent les mesures de sécurité requises selon le niveau de risque et la situation donnée;
- impliquent le jeune dans la démarche afin de le responsabiliser par rapport à sa sécurité;
- soutiennent une intervention qui s'appuie, notamment lors de sorties extérieures, sur un plan de sécurité qui offre des repères au jeune quant aux actions à faire et aux personnes à contacter lorsqu'il vit un moment de détresse; ce plan est mis en place en collaboration avec le jeune, sa famille et les personnes significatives.

Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets physiques et psychologiques, ce qui nécessite la mise en place d'actions immédiates axées sur les premiers soins psychologiques. Ces actions :

- visent à diminuer les réactions de stress et à répondre aux besoins de base des personnes en leur procurant une sécurité, du réconfort, du soutien, de l'information et un accompagnement dans les démarches nécessaires;
- facilitent l'orientation des personnes qui requièrent des services spécialisés vers des professionnels dûment autorisés selon leur champ d'exercice.

Pratiques organisationnelles

Les pratiques organisationnelles, soulevées dans le cadre des travaux, viennent appuyer la mise en place des principes d'intervention généraux ainsi que des étapes du processus clinique. Ces pratiques, bien qu'elles ne soient pas réservées exclusivement aux problématiques du suicide et de l'automutilation, permettent de soutenir et d'encadrer les pratiques cliniques, notamment en ce qui a trait à la sécurité du milieu de vie pour les jeunes et au respect de leurs droits.

Une gestion de l'information clinique efficace, qui implique la mise à jour, la disponibilité et la transmission des informations cliniques pertinentes, est une dimension importante du processus d'intervention qui doit être soutenue sur le plan organisationnel. La transmission de renseignements doit se faire dans le respect du cadre législatif lié à la

divulgarion des informations et à la protection de celles-ci. Par ailleurs, des modalités de formation continue et de soutien professionnel sont importantes non seulement pour assurer le développement des savoirs, mais également pour soutenir l'intervenant dans ses attitudes professionnelles. Des intervenants qui se sentent outillés et soutenus dans leur pratique offriront des interventions de plus grande qualité.

Les orientations cliniques associées aux pratiques organisationnelles sont les suivantes :

Sécurité du milieu de vie

La sécurité du jeune dans son environnement est une responsabilité organisationnelle qui s'appuie sur une collaboration des directions concernées. Ainsi, conformément aux lois qui encadrent les pratiques de sécurité et aux réglementations ministérielles, les établissements s'assurent que :

- les directives, les politiques et les procédures en vigueur, notamment celles entourant la limitation de l'accessibilité aux moyens létaux, la gestion des produits dangereux et des médicaments ainsi que la mise en place de mesures particulières ou exceptionnelles (ex. : fouille, saisie, contention, isolement), sont connues et comprises de tous les intervenants et membres du personnel impliqués auprès des jeunes;
- les interventions réalisées auprès de la clientèle sont conformes à ces directives, politiques et procédures dans l'établissement.

Gestion de l'information clinique

La gestion de l'information clinique est fondamentale dans les établissements et implique plusieurs directions. Considérant l'importance du transfert d'information clinique, particulièrement en gestion du risque suicidaire, il est de bonne pratique :

- d'établir des horaires de travail qui incluent des interquarts permettant l'échange d'information clinique nécessaire et pertinente entre les intervenants;
- d'assurer que les outils de consignation de l'information clinique sont simples et disponibles en tout temps pour les intervenants;
- d'assurer que la chaîne de responsabilité décisionnelle, les directives, les politiques et les procédures liées à la gestion de l'information clinique sont connues, comprises et appliquées par les intervenants et les gestionnaires, notamment la transmission d'informations pour prévenir un acte de violence dont un suicide.

Formation et soutien professionnel

Il est important que des modalités soient mises en place dans les établissements afin que les intervenants reçoivent la formation nécessaire pour intervenir auprès de ces jeunes, aient accès à de la supervision et soient accompagnés lors de situations qui commandent une gestion de risque.

SUMMARY

Titre traduit

À venir

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AACAP	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
AAP	American Academy of Pediatrics
ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AMSTAR	A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews
APA	American Psychiatric Association
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
ARC	Attachement-régulation-compétence
ASQ	Ask Suicide Screening Questions
ASIST	Applied Suicide Intervention Skills Training
BHS	Beck Hopelessness Scale
BHS	Behavioral Health Screen
BSSI	Beck Scale for Suicide Ideation
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CASPI	Child-Adolescent Suicide Potential Index
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRIUSMM	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSPS	Child Suicide Potential Scale
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
DSM	Diagnostical and statistical manual of mental disorder
EPS	Échelle de probabilité du suicide
ESCAP	European Society of Child and Adolescent Psychiatry
ETMISS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en services sociaux
G-I-N	Guidelines International Network
HAS	Haute Autorité de Santé
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec

LAS:SF	Life Attitude Schedule: Short Form
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute of Care Excellence
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPCQ	Ordre professionnel des criminologues du Québec
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
OSI	Ottawa Self-Injury Inventory
PI	Plan d'intervention
PIJ	Projet Intégration Jeunesse
PL	Projet de loi
POR	Pratique organisationnelle requise
PRISM-S	Pictorial Representation of Illness and Self-Measurement
PSI	Plan de service individualisé
QPR	Question, Persuade, Refer
QSP-9	Questionnaire sur la santé des patients, version modifiée pour les adolescents
RACP	Royal Australasian College of Physicians
SCSWIS	Social Care and Social Work Improvement Scotland
SHRAC	Self-Harm Risk Assessment for Children
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SIQ	Suicidal Ideation Questionnaire
SIQ-JR	Suicidal Ideation Questionnaire-Junior
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TCD	Thérapie comportementale dialectique
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
URI	Unité de réadaptation en internat
WASC-Y	Westerman aboriginal symptom checklist youth

GLOSSAIRE²

Automutilation

L'automutilation est généralement définie comme un comportement délibéré et autodirigé qui a pour but de s'infliger une blessure physique, mais sans intention de se donner la mort. Elle ne réfère pas aux rites ou aux changements qui sont culturellement acceptés, comme le tatouage ou le *piercing* [Mugge, 2015; Barnett, 2011].

Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation

Les centres de réadaptation accueillent des enfants ou des jeunes qui présentent des problèmes d'ordre relationnel, comportemental et d'adaptation sociale ou qui ont un retard de développement [MSSS, 2013]. En complémentarité avec les services psychosociaux offerts et en étroite collaboration avec la famille et les partenaires, la réadaptation en internat vise une réduction des problèmes à l'origine du placement en centre de réadaptation. Elle s'actualise à travers un vécu partagé avec des éducateurs qui animent également des activités individuelles et de groupe à des fins développementales et thérapeutiques. Les services offerts et le niveau d'encadrement sont adaptés aux besoins et aux problématiques de chaque jeune.

Certains jeunes sont hébergés en centre de réadaptation en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Trois types d'encadrement sont alors possibles dans des milieux de vie différents : les foyers de groupe, les unités de vie régulières et les unités de vie d'encadrement intensif. D'autres jeunes sont admis en centre de réadaptation dans le cadre d'une ordonnance impliquant un placement sous garde en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Dans le cadre du présent document et afin d'alléger le texte, le terme « centre de réadaptation » sera utilisé pour désigner le « centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ».

Détection

La détection consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risque dans le cadre d'interventions dont les buts sont divers. Elle ne repose pas sur un processus systématisé, mais elle s'appuie sur la sensibilité des intervenants auxdits indices [Office des professions du Québec, 2013, p. 88].

Essai clinique randomisé

Étude expérimentale dans laquelle les chercheurs comparent les résultats obtenus chez un groupe de sujets qui ont été soumis à une intervention à ceux de sujets présentant des caractéristiques similaires, mais qui n'y ont pas été soumis. Remarque : Les essais

² Les définitions suivantes sont extraites partiellement ou intégralement des documents cités en référence. Elles ont été élaborées en intégrant des éléments provenant de diverses sources et des précisions basées sur la connaissance tacite des éléments à définir.

cliniques ne sont pas tous randomisés; par contre, tous les essais randomisés sont des essais cliniques³.

Évaluation

Dans le cadre du présent document, le terme « évaluation » est défini selon son sens le plus générique et ne constitue donc pas une activité réservée comme le détermine le PL 21.

Les évaluations qui n'ont pas pour but de mener à une conclusion ou à un diagnostic et qui ne sont pas spécifiquement réservées par la Loi sont permises [Office des professions du Québec, 2013, p. 89].

Intervenant

La notion d'intervenant réfère à toute personne appelée à intervenir auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation et de leur famille. Selon la nature de l'intervention et l'organisation des services dans les régions, l'intervenant peut être l'éducateur, le chef de service, la personne autorisée à l'application des mesures, l'infirmière, le psychoéducateur ou d'autres professionnels.

Remarque : Dans le cadre du *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* du MSSS [2018], trois niveaux d'intervention sont définis pour les intervenants qui travaillent dans les centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté. Les intervenants du 1^{er} niveau d'intervention travaillent directement auprès des jeunes en unités de vie, en foyers de groupe ou dans la communauté. L'équipe d'intervenants du 2^e niveau d'intervention est composée minimalement d'une infirmière, d'un psychologue et d'un médecin et agit, notamment, en soutien aux intervenants du 1^{er} niveau. Les intervenants du 3^e niveau d'intervention travaillent dans les équipes spécifiques et spécialisées en santé mentale et, parfois, relèvent d'autres programmes-services des centres intégrés et des établissements non fusionnés.

Manifestation suicidaire

Dans le cadre du présent document, nous entendons par « manifestations suicidaires » les idées et les verbalisations suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide.

Méta-analyse

Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats de différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière⁴.

³ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Glossaire en ETS [site Web]. Disponible à : <http://htaglossary.net/Accueil>.

⁴ *Ibid.*

Multidisciplinarité

La multidisciplinarité ajoute à la coprésence de la pluridisciplinarité la coordination des acteurs en vue d'accroître l'efficacité de leur réponse collective aux besoins globaux de l'utilisateur. Ainsi, un mécanisme de liaison fera en sorte qu'un intervenant puisse recourir rapidement au service d'un autre intervenant. Mieux, l'équipe regroupera des personnes de différentes disciplines qui rédigeront, puis réaliseront conjointement un plan d'intervention commun [Couturier *et al.*, 2016, p. 64-65].

Personne significative

Dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), une personne significative est un adulte à qui l'enfant peut être confié, autre que ses parents (ex. : mesure de protection immédiate, mesure volontaire, placement de l'enfant jusqu'à sa majorité).

Dans le contexte du présent document, la notion de personne significative renvoie de façon plus large au réseau de soutien du jeune. Il s'agit d'une personne en qui il a confiance et avec qui il partage un lien affectif de qualité. La personne est également significative parce qu'elle est apte à s'engager dans la relation auprès du jeune par sa présence et son soutien. Cette dernière se démarque aussi par l'influence positive qu'elle a sur la vie du jeune. Il peut s'agir, par exemple, d'un membre de la famille, d'un intervenant de la communauté ou d'un ami.

Postvention

Ensemble d'interventions réalisées, sur une période plus ou moins longue, auprès des personnes exposées au suicide d'une personne et destinées à prévenir la contagion et à réduire les effets négatifs, à court comme à long terme, découlant de l'événement [Séguin *et al.*, 2004].

Revue systématique

Une revue systématique est une approche de synthèse des données scientifiques qui sert à repérer, à évaluer et à synthétiser les preuves scientifiques qui permettront de répondre à une question de recherche spécifique de façon systématique et explicite. En combinant les résultats de plusieurs études à l'aide d'une méthode explicite et reproductible, on peut ainsi estimer l'effet d'une intervention avec une plus grande fiabilité et une plus grande précision et ainsi réduire au minimum l'effet des biais ou des erreurs systématiques pouvant s'immiscer dans les études primaires [INESSS, 2013, p. 6].

Risque suicidaire

Dans le cadre du présent document, le risque suicidaire renvoie à un état de vulnérabilité du jeune qui est associé à différents facteurs de risque, indices de détresse et situations vécues par celui-ci. Le risque suicidaire se manifeste par des symptômes psychologiques et comportementaux qui seront différents selon les jeunes.

Par ailleurs, lorsque nous référons dans le document à la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire, le terme « risque de passage à l'acte » est utilisé⁵.

Santé mentale

Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de la personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.) [CSBE, 2012].

Trouble mental

Syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement [APA, 2015, p. 22].

⁵ Il est à noter que d'autres utilisent le terme « dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire ». À titre d'exemple, le terme « dangerosité d'un passage à l'acte » se retrouve dans le vocabulaire de formations offertes par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) ainsi que dans la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire qui a été conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

INTRODUCTION

Les idées, verbalisations et comportements suicidaires ainsi que l'automutilation sont des manifestations complexes de l'état psychologique et émotionnel d'une personne et peuvent survenir durant l'enfance et l'adolescence. Bien que le taux de suicide soit en baisse chez les jeunes depuis les années 2000, le suicide demeure une des principales causes de mortalité chez les adolescents. L'automutilation est également considérée comme un des facteurs de risque associés aux manifestations suicidaires⁶, même si l'intention de ce comportement n'est pas de mettre fin à ses jours. L'automutilation s'exprime de différentes façons et la motivation sous-jacente de ce comportement varie d'une personne à l'autre.

Les jeunes pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents⁷ (LSJPA) présentent un niveau de vulnérabilité important et des difficultés personnelles et familiales. Parmi ces jeunes, certains présentent également un trouble de comportement sérieux. Ces situations nécessitent une intervention spécialisée et parfois une mesure d'hébergement ou une mise sous garde en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation⁸ afin de répondre à leurs besoins et d'assurer leur sécurité et leur développement. La vulnérabilité et les difficultés de ces jeunes exigent un cadre d'intervention rigoureux.

Certains d'entre eux présentent un risque suicidaire, soit un état de vulnérabilité qui est associé à différents facteurs de risque, indices de détresse et situations vécues. Le risque suicidaire se manifeste par des symptômes psychologiques et comportementaux qui seront différents selon les jeunes. Par ailleurs, certains jeunes présentent des comportements d'automutilation. Ces deux problématiques, en raison de la souffrance sous-jacente et de la gravité des conséquences possibles, sont préoccupantes pour les intervenants et les gestionnaires qui travaillent auprès de la clientèle jeunesse des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec. Bien que différentes actions visant la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation aient été déployées au cours des dernières années à travers la province, les intervenants et les gestionnaires des CISSS et des CIUSSS demeurent préoccupés et se sont dits soucieux de bien répondre aux besoins des jeunes par la mise en place d'une vision et d'un langage communs.

Dans ce contexte et dans le cadre de son plan triennal d'activités 2016-2019, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a entrepris des travaux,

⁶ Dans le cadre du présent document, les manifestations suicidaires incluent les idées, verbalisations et comportements suicidaires.

⁷ Dans de rares cas, certains jeunes sont aussi hébergés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS).

⁸ Afin d'alléger le texte, le terme « centre de réadaptation » sera utilisé pour désigner le « centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation ». Dans le cadre du présent document, le centre de réadaptation inclut les unités de vie régulières, les unités d'encadrement intensif et les foyers de groupe.

en collaboration avec un comité de travail, afin de réaliser un cadre de référence clinique sur la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Ce cadre de référence vise à outiller les intervenants et les gestionnaires impliqués auprès de ces jeunes. Il s'inscrit en concordance et en complémentarité avec le *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*⁹ du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS, 2018].

⁹ Afin d'alléger le texte, le terme « protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire » sera utilisé pour désigner le *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*.

1. PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE ET DE L'AUTOMUTILATION CHEZ LES JEUNES

Selon les données de surveillance de l'état de santé de la population québécoise, le taux de suicide est en baisse chez les jeunes depuis le début des années 2000, et ce, après avoir connu une hausse au cours des années 1990 [Légaré *et al.*, 2014]. Ces données indiquent qu'au Québec, le taux de suicide est passé de 16 pour 100 000 en 2001 à 9 pour 100 000 en 2011 chez les adolescents de 15 à 19 ans. En dépit de cette diminution, le suicide demeure la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de ce groupe d'âge. De plus, bien que le suicide chez les enfants soit plus rare, il n'en demeure pas moins présent. Une moyenne de 6 enfants québécois âgés de moins de 14 ans se sont suicidés annuellement entre les années 2008 et 2011 inclusivement [Légaré *et al.*, 2016]. Selon Bouchard et Bussières [2016], les données québécoises disponibles indiquent que les hôpitaux ont enregistré 81 consultations pour tentative de suicide chez des enfants âgés de 6 à 12 ans, entre 1999 et 2004. Ce nombre pourrait même être sous-estimé puisque dans ce groupe d'âge, les gestes ou tentatives suicidaires peuvent être considérés par l'entourage comme des accidents, amenant ainsi une sous-déclaration des suicides chez les jeunes [Heimsch, 2015; Gallagher et Daigle, 2008]. Des données plus récentes pour les jeunes âgés de 10 à 14 ans indiquent qu'il y a eu 3 suicides pour l'année 2014 au Québec, soit un taux de 0,8 pour 100 000 [Thibodeau et Perron, 2017].

La présence de troubles mentaux est associée à une augmentation des idées suicidaires et des tentatives de suicide [Holland *et al.*, 2017; Gordon et Melvin, 2014; Hurley *et al.*, 2009]. Les méthodes de suicide utilisées par les jeunes varient grandement d'un pays à l'autre et d'une culture à l'autre, les méthodes étant liées, notamment, à la disponibilité du moyen [Heimsch, 2015; Sarchiapone *et al.*, 2011]. Les éléments qui influencent le choix de la méthode létale sont, entre autres, le sens symbolique qui lui est attribué (ex. : certains ponts ayant été le lieu d'un grand nombre de suicides deviennent un symbole associé au suicide) de même que les facteurs culturels.

Au cours des deux dernières décennies, des chercheurs ont tenté de faire ressortir les similarités et les différences entre la problématique du suicide et les comportements d'automutilation.   cet égard, une distinction existe entre un geste d'automutilation et une tentative de suicide, notamment en fonction de l'intention, de la fréquence du geste et de la létalité des méthodes utilisées [Hamza *et al.*, 2012; Wichstrom, 2009].

L'automutilation est une problématique présente chez les adolescents et, dans une proportion moindre, chez les enfants. Ce type de comportement serait plus fréquent chez les jeunes âgés de 14 à 21 ans que chez ceux âgés de 6 à 13 ans [Grenville *et al.*, 2012]. Il est difficile d'établir la prévalence exacte de ces comportements chez les jeunes puisqu'elle varie d'une étude à l'autre en fonction de la méthodologie utilisée.   titre d'exemple, certaines études (canadiennes, américaines et européennes) rapportent qu'entre 6 % et 42 % des jeunes issus de la population générale auraient eu des comportements d'automutilation au moins une fois dans leur vie [Zetterqvist *et al.*, 2013; Muehlenkamp *et al.*, 2012].

L'automutilation se manifeste de façon hétérogène, tant dans la sévérité des comportements et leur signification que dans les formes qu'elle revêt [ACJQ, 2013]. La sévérité des comportements d'automutilation tend à augmenter à travers le temps, que ce soit en ce qui concerne la fréquence du comportement, le potentiel léthal et le nombre de méthodes utilisées [Andrews *et al.*, 2013]. Ces comportements sont significativement plus fréquents chez les filles que chez les garçons [Sornberger *et al.*, 2012].

L'automutilation peut être classifiée en trois catégories [Mattiace, 2010] :

1. L'automutilation majeure constitue un acte peu fréquent, qui se solde par une destruction significative d'une partie du corps, comme une amputation d'un membre. Ce comportement peut, par exemple, survenir lors d'épisodes psychotiques.
2. L'automutilation stéréotypée est un acte répétitif, comme se frapper la tête contre le mur, qui peut être observé chez une clientèle ayant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle.
3. L'automutilation modérée/superficielle représente la forme la plus commune d'automutilation.

Elle est davantage liée à des difficultés psychologiques et les actes commis causent généralement des dommages superficiels des tissus. Les comportements d'automutilation tels que se couper, s'égratigner et se frapper sont les plus fréquents et comptent pour 83 % de l'ensemble des gestes rapportés dans certaines études [Nixon *et al.*, 2008]. Toutefois, les jeunes peuvent présenter d'autres formes d'automutilation comme se piquer, se tirer les cheveux, se brûler ou avaler des objets [Dufour *et al.*, 2015; Candela, 2011].

Les lésions auto-infligées non suicidaires figurent dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM 5) comme étant une affection proposée pour des études supplémentaires qui pourraient orienter des décisions futures quant à leur inclusion dans une prochaine édition. Pour l'instant, les éléments probants sont insuffisants pour être intégrés dans la classification officielle des diagnostics de troubles mentaux [APA, 2015].

1.1. Principaux référentiels

Dans le but d'assurer une réponse adaptée aux besoins des jeunes, notamment ceux qui présentent un risque suicidaire et des comportements d'automutilation, et pour soutenir les acteurs impliqués auprès de ceux-ci, des orientations, des plans d'action, des protocoles gouvernementaux, des formations pour les intervenants et des documents de référence ont été mis en œuvre dans les CISSS et les CIUSSS de la province au cours des dernières années.

À cet effet, les *Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022 – Vers une meilleure intégration, des services pour les jeunes en difficulté et leur famille* soulignent l'importance d'établir des trajectoires de services entre les différents programmes-services et des modalités de collaboration entre ceux-ci et d'autres partenaires pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté et de

leur famille [MSSS, 2017]. Dans la mesure où des jeunes hébergés en centre de réadaptation présentent un diagnostic ou une impression diagnostique de trouble mental, certaines actions ont été menées dans les services en protection et en réadaptation pour offrir des services de santé mentale à ces jeunes et pour établir des corridors de services. La mise en place des équipes spécialisées en santé mentale et en situation de risque suicidaire permet, entre autres, d'offrir du soutien aux intervenants travaillant directement avec les jeunes, de poursuivre le processus d'évaluation de l'état de santé mentale de ces jeunes et d'assurer les liens avec les autres programmes-services des CISSS et des CIUSSS [MSSS, 2017].

La mise en place d'une telle équipe pour chacun des CISSS et des CIUSSS constitue un standard ministériel relatif à la gamme de services s'adressant aux personnes atteintes d'un trouble mental du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* du MSSS. Elle fait également partie d'une des mesures spécifiques aux jeunes recevant des services de protection et de réadaptation [MSSS, 2015]. Cette mesure du Plan d'action mise également sur l'évaluation de l'état de santé du jeune ainsi que sur l'application du *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*. Ce protocole a pour but de soutenir les intervenants travaillant auprès de jeunes qui présentent des indices de troubles mentaux, une détresse psychologique, une désorganisation aiguë en santé mentale, un risque suicidaire ou lors d'un passage à l'acte suicidaire [MSSS, 2018].

Par ailleurs, de la formation est offerte pour les intervenants qui travaillent auprès d'une clientèle vulnérable au suicide. La formation *Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide : Notre rôle et nos responsabilités*, élaborée par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), le Centre de prévention du suicide de Québec et le CIUSSS de la Capitale-Nationale, s'adresse, notamment, aux intervenants du 1^{er} niveau d'intervention qui travaillent en centre de réadaptation. Pour sa part, la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*, offerte par l'AQPS, s'adresse aux intervenants de différents milieux qui travaillent auprès d'une clientèle vulnérable au suicide. Cette formation vise, entre autres, le développement des compétences requises afin d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. La formation *Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises*, de l'AQPS, est également disponible pour les intervenants qui n'ont pas à faire une intervention complète auprès d'une personne suicidaire.

La communication des informations représente un enjeu important pour soutenir la prise de décision, la cohérence et la continuité des interventions auprès du jeune et doit être effectuée selon les règles régies par les lois y étant associées. En effet, la communication des renseignements personnels ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne concernée dans la prestation des soins et services. Toutefois, certaines dispositions législatives permettent la divulgation de renseignements confidentiels sans ce consentement, notamment dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, qui précise les critères permettant cette communication. Ainsi, un organisme public peut « communiquer un renseignement personnel, sans le consentement des personnes

concernées, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence¹⁰ ».

Au regard des actes professionnels, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (PL 90)¹¹, entrée en vigueur en 2002, a permis un nouveau partage des champs d'exercice dans le domaine de la santé. Onze professions de la santé ont été visées par ces modifications législatives, dont les médecins, les infirmières et les ergothérapeutes. Cette loi a prévu, notamment, des activités réservées pour chacune de ces professions ainsi qu'une zone commune d'activités professionnelles partagées [OIIQ, 2010].

De plus, les champs d'exercice des professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines ont été redéfinis par l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines¹² (PL 21), entrée en vigueur en 2012, et ce, dans l'optique d'une pratique en interdisciplinarité en ce qui concerne, notamment, la réserve d'activités présentant un risque de préjudices. À cet effet, « déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation » est un acte réservé en vertu du PL 21¹³. L'identification de la présence d'un risque suicidaire n'est toutefois pas une activité réservée et peut être effectuée par des intervenants ayant les compétences requises [Office des professions du Québec, 2013].

1.2. Caractéristiques de la clientèle

Les jeunes résidant en centre de réadaptation sont hébergés en vertu de la LPJ, de la LSJPA ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). En vertu de la LPJ, la sécurité ou le développement d'un jeune est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux¹⁴. Toutes les décisions prises au sujet de l'enfant

¹⁰ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1, art. 59.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-2.1>.

¹¹ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/02_loi90-adopte.pdf.

¹² Le terme PL 21 sera utilisé dans ce document en référence à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.

¹³ Code des professions (chapitre C-26, art. 37.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>.

¹⁴ Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1, art. 38). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>.

visé par ces motifs doivent favoriser son maintien dans le milieu familial¹⁵. Toutefois, sur la base d'une évaluation des facteurs de risque et de protection, une mesure d'hébergement en milieu de vie substitut peut être nécessaire. Le choix du milieu de vie est toujours guidé par l'intérêt et les besoins de l'enfant [MSSS, 2007]. Ainsi, la situation de certains d'entre eux nécessite un hébergement en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Au 31 mars 2018, 10 % des jeunes dont la situation était prise en charge par le DPJ étaient hébergés en centre de réadaptation ou en ressource intermédiaire [DPJ/DP, 2018]. Par ailleurs, en vertu de la LSJPA, certains jeunes peuvent être en détention avant le prononcé de la peine pour assurer leur comparution au tribunal, veiller à la protection ou à la sécurité du public ou pour maintenir la confiance du public à l'égard de l'administration de la justice; ils peuvent aussi être hébergés en vertu d'une ordonnance de mise sous garde et de surveillance en milieu ouvert ou fermé.

1.2.1 Prévalence des comportements suicidaires et d'automutilation chez les jeunes recevant des services en vertu de la LPJ et de la LSJPA¹⁶

À partir des données issues du Bureau du coroner du Québec, l'étude de Renaud [2005] indique qu'environ 34 % des 420 jeunes s'étant enlevé la vie entre 1995 et 2000 avaient reçu, dans le passé, des services des centres jeunesse¹⁷. Les résultats ont montré que 91 % avaient reçu des services dans les douze mois précédant leur suicide. Parmi ceux-ci, près de 53 % recevaient encore des services au moment de leur décès. De plus, selon Chagnon [2007a], les données d'études réalisées auprès de jeunes ayant eu des services des centres jeunesse au Québec montrent que le ratio pour le suicide est de 3,5 garçons pour une fille, alors que pour les tentatives de suicide, ce ratio est inversé.

Plus récemment, il a été démontré que près de 27 % des jeunes âgés de 14 à 20 ans hébergés en centre de réadaptation avaient fait une tentative de suicide ou plus et 42 % des jeunes avaient eu des idées suicidaires [Lambert *et al.*, 2012]. L'étude de Frappier indique, quant à elle, que 33 % des filles et 19 % des garçons avaient rapporté avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année précédente et près de 47 % des filles et 29 % des garçons avaient eu des idées suicidaires [Frappier *et al.*, 2015]. Chez les jeunes contrevenants, les résultats de l'étude de Laurier et Chagnon [2010] indiquent un risque suicidaire plus élevé parmi ceux suivis dans la communauté que parmi ceux hébergés dans un milieu pour jeunes contrevenants. Ces résultats pourraient, selon eux, s'expliquer par le fait d'une surveillance plus serrée des jeunes dans les milieux d'hébergement où l'environnement est plus contrôlé.

¹⁵ Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1, art. 4). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>.

¹⁶ Les données recensées dans cette section ne sont pas limitées aux jeunes hébergés en centre de réadaptation. Elles font référence à l'ensemble des jeunes qui ont reçu des services en protection et en réadaptation.

¹⁷ Les centres jeunesse sont maintenant intégrés aux CISSS et aux CIUSSS du Québec depuis l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

En ce qui concerne l'automutilation dans les centres de réadaptation, peu de données sont disponibles. L'étude de Lambert [2012] indique qu'environ 46 % des jeunes avaient rapporté avoir eu des comportements d'automutilation.

Les prévalences rapportées dans ces études démontrent la nécessité de mettre en place des interventions adaptées aux besoins de ces jeunes pour réduire le risque suicidaire et les comportements d'automutilation.

2. ÉLABORATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1. Objectifs

Le cadre de référence est élaboré dans une perspective d'harmonisation des pratiques, en concordance et en complémentarité avec le *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* du MSSS [2018]. Il a comme objectif de dégager des orientations cliniques sur la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation. Ces orientations cliniques visent à soutenir et à mieux outiller les intervenants et les gestionnaires dans le contexte des interventions en centre de réadaptation.

2.2. Méthodologie

Afin de répondre au besoin d'harmonisation des pratiques et d'outiller les acteurs engagés dans la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation, deux questions ont été élaborées afin de guider la réalisation des travaux. Ces questions sont les suivantes :

1. Quelles sont les pratiques organisationnelles et cliniques qui favorisent une gestion optimale du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation au Québec?
2. Quels sont les principaux facteurs facilitants et les barrières à l'application des pratiques organisationnelles et cliniques définies dans le cadre de référence dans une perspective d'harmonisation des pratiques?

2.3. Sources des données

En conformité avec les normes de production de l'INESSS, l'élaboration du présent cadre de référence clinique s'appuie sur l'intégration des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels et la triangulation des données issues de la littérature et des informations recueillies auprès des personnes consultées. L'INESSS a été soutenu dans cette tâche par un comité de travail dont les membres sont des représentants de différents secteurs d'activité (gestionnaires, professionnels, chercheurs). Ils sont issus de plusieurs régions administratives du Québec et possèdent des expertises variées en lien avec la problématique du suicide et de l'automutilation. Le mandat de ce comité consistait à :

- accompagner les membres de l'équipe de projet dans la recherche de l'information scientifique, contextuelle et expérientielle;
- valider la synthèse des connaissances scientifiques, cliniques et pratiques;
- contribuer à l'élaboration des orientations cliniques;

- veiller à l'applicabilité et à l'acceptabilité du cadre de référence dans les milieux de pratique visés.

Le comité de travail s'est réuni à quatre reprises. Les échanges et commentaires recueillis tout au long des travaux ont été analysés par l'équipe projet et les ajustements nécessaires ont été apportés au contenu du document.

a) Données de la littérature

Une revue de la littérature scientifique a été effectuée pour répertorier les études sur les différents thèmes abordés dans le cadre de référence. L'information scientifique a été recherchée dans plus d'une base de données et a été restreinte aux publications en langue française et anglaise pour les années 2006 à 2017. La sélection des études scientifiques a été effectuée de façon indépendante par deux évaluateurs. Dans un premier temps, elle a été effectuée à partir des titres et résumés des documents et sur la base d'une lecture complète dans un deuxième temps. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur. La stratégie documentaire est présentée à l'annexe A.

La recherche de la littérature grise a d'abord été effectuée en consultant les sites Web des agences d'évaluation des technologies de la santé et les sites des agences ou organismes internationaux qui produisent des guides de pratique. Les sites Web des agences et organismes consultés sont présentés à l'annexe A.

L'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques retenues a été effectuée à l'aide de l'outil AMSTAR-R¹⁸ et celle des essais cliniques randomisés a été évaluée à l'aide de l'outil CASP¹⁹. Un tableau résumant les résultats des revues systématiques et des méta-analyses est présenté à l'annexe B. Les programmes et les interventions recensés dans le cadre de nos travaux sont présentés de façon détaillée sous forme de fiches à l'annexe C. Quant aux outils d'évaluation, ils sont présentés à l'annexe D.

Une synthèse des principaux éléments émanant de la littérature scientifique en appui au cadre de référence est présentée à la section qui suit.

b) Données contextuelles

Afin de dresser un portrait des pratiques au Québec en matière de gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation, un sondage a été effectué. Le questionnaire élaboré à cette fin, présenté à l'annexe E, a été transmis aux directeurs du programme jeunesse et aux directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) des CISSS et des CIUSSS. Les répondants ont également été invités à nous transmettre toute documentation pertinente. Sur l'ensemble des CISSS et des CIUSSS sollicités, 16 ayant la mission de centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) ont répondu au sondage. Les réponses et la documentation transmises ont permis de soutenir la réflexion tout au long de l'élaboration du cadre de référence clinique.

¹⁸ AMSTAR-R : A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews-Revised.

¹⁹ CASP : Critical Appraisal Skills Programme.

Par ailleurs, les membres du comité de travail ont été en mesure d'alimenter l'équipe projet sur les éléments contextuels à considérer lors de l'élaboration du cadre de référence clinique. De plus, une rencontre avec des représentants d'ordres professionnels a été réalisée. Cette rencontre avait pour but de les informer sur les éléments de contenu ayant un lien avec les activités réservées du PL 21 ou autres aspects législatifs.

c) Données expérientielles

Les sources de données expérientielles sont importantes, car elles permettent de comprendre les besoins et de connaître l'expérience vécue par les usagers et leurs familles sur les pratiques et les services reçus ainsi que celle des professionnels et des intervenants de la santé et des services sociaux. La collecte de ces données doit répondre à des critères de qualité, dont la crédibilité des sources consultées, l'absence ou la déclaration de tout conflit d'intérêts et la transparence de la démarche de collecte et d'analyse des données. Les données doivent également provenir d'au moins deux sources différentes et leur analyse s'effectue avec le plus d'objectivité possible. Dans le cadre des présents travaux, trois types de données expérientielles ont été utilisées.

La première source de données expérientielles provient des études qualitatives et des rapports issus de la littérature scientifique et de la littérature grise portant sur les perceptions, les besoins et les expériences des jeunes, des familles et des intervenants touchés directement ou indirectement par la problématique du suicide et de l'automutilation. La deuxième source de données expérientielles provient d'une rencontre réalisée avec cinq représentants de l'Alliance des comités des usagers des centres jeunesse du Québec de cinq régions de la province. L'objectif de cette rencontre était de discuter de la pertinence et de l'applicabilité des orientations cliniques résultant des travaux et de tenir compte des besoins et préoccupations des usagers et de leurs proches.

Enfin, par leur expertise et leurs expériences cliniques et professionnelles, les membres du comité de travail ont contribué tout au long du projet à alimenter l'équipe projet sur les éléments expérientiels à considérer dans l'élaboration du cadre de référence clinique.

d) Validation des travaux

Le rapport préliminaire du cadre de référence clinique a été révisé à la fois par les membres du comité de travail et trois lecteurs externes. Les commentaires ont ensuite été analysés et, le cas échéant, intégrés au rapport final.

3. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE EN APPUI AU CADRE DE RÉFÉRENCE CLINIQUE

Cette recherche documentaire a permis de répertorier sept documents de synthèse évaluant les effets des interventions sur le risque suicidaire et les comportements d'automutilation chez les enfants et les adolescents en milieu clinique, scolaire et dans la communauté. Parmi ces documents, on retrouve cinq revues systématiques, une méta-analyse et une revue des revues systématiques. Cinq de ces documents portent à la fois sur le risque suicidaire et sur les comportements d'automutilation. Une seule revue systématique s'intéresse exclusivement à l'automutilation. Enfin, une revue systématique a répertorié les évaluations de programmes de postvention réalisés dans les écoles et la communauté. Le nombre d'études primaires incluses dans ces revues varie entre cinq et vingt-neuf. Parmi les interventions incluses dans ces revues, certaines s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de la thérapie comportementale dialectique (TCD), de la thérapie de résolution de problèmes ou des interventions de soutien.

La recension des écrits a également permis de répertorier onze études primaires (essais cliniques randomisés et non randomisés et études quasi expérimentales) portant sur les effets de différentes interventions sur le risque suicidaire et les comportements d'automutilation. Parmi les onze études d'efficacité recensées, on retrouve huit programmes relatifs à la problématique du suicide et trois autres programmes portant sur les comportements d'automutilation. Parmi les programmes s'intéressant au suicide, trois intègrent une approche écologique²⁰ et l'un des programmes a été déployé auprès des Premières Nations du Nord du Canada. Deux autres programmes ont comme objectif la formation d'adultes, d'adolescents et d'intervenants afin qu'ils puissent être en mesure de repérer des jeunes ayant besoin d'aide et de les orienter vers les services appropriés. Trois autres programmes de prévention du suicide s'inspirent des principes de l'apprentissage social, de l'auto-efficacité, de la résolution de problèmes et de l'acquisition de compétences personnelles.

Les programmes visant la réduction des comportements d'automutilation ont été offerts aux adolescents qui ont reçu des services de santé mentale. L'un d'eux fonde son intervention sur les techniques de mentalisation, un autre utilise une thérapie développementale adaptée aux problèmes vécus par les adolescents (problèmes familiaux, relations avec les pairs et intimidation), alors qu'un autre opte pour une approche basée sur les théories cognitivo-comportementales. Cette intervention est manualisée et offerte par des professionnels formés pour cette approche. Certaines interventions à l'intention des adolescents sont offertes en ligne et une d'entre elles (Promoting CARE Program) intègre un volet pour les parents.

²⁰ L'approche écologique, selon Bronfenbrenner (1979), intègre une notion fondamentale, soit celle de l'interaction, de l'interdépendance entre les systèmes. « L'approche écologique est donc à la fois sociale, communautaire, familiale et individuelle : ce sont là des niveaux d'analyse et d'intervention que l'approche nous encourage à considérer simultanément » [Bouchard, 1987, p. 457].

La plupart de ces programmes d'intervention ont été élaborés et implantés aux États-Unis; deux d'entre eux ont été mis en place en Angleterre, un au Canada et un autre en Australie. Plusieurs des programmes de prévention du suicide répertoriés ont été implantés en milieux scolaires ou dans la communauté auprès d'intervenants et du personnel travaillant avec des enfants et des adolescents. Enfin, l'ensemble des résultats relatifs aux programmes d'intervention sur le risque suicidaire indique que des interventions brèves visant l'amélioration des connaissances sur la problématique du suicide, le développement des compétences et la résolution de problèmes ont eu des effets positifs chez les jeunes.

Soulignons que la recherche documentaire avait pour but de recenser principalement des interventions visant à soutenir les intervenants du 1^{er} niveau d'intervention plutôt que des interventions relevant de la psychothérapie, telle qu'elle est définie au Québec. Toutefois, il est à noter que les informations fournies dans la littérature ne nous permettent pas de faire cette distinction avec certitude. Par conséquent, le terme « thérapie » doit être interprété selon son sens générique qui peut renvoyer autant à de la psychothérapie, telle qu'elle est définie au Québec, qu'à des interventions qui s'y apparentent sans être des activités réservées en vertu du PL 21. Les interventions répertoriées ont été retenues en fonction de leur pertinence pour le présent document.

Les études recensées nous ont également permis de répertorier des outils cliniques en lien avec l'évaluation du risque suicidaire et des comportements d'automutilation. Ceux-ci sont présentés à l'annexe D. Cette recension d'outils n'a pas fait l'objet d'une démarche exhaustive et les outils répertoriés sont ceux pour lesquels les propriétés psychométriques étaient documentées; ils sont présentés à titre informatif.

a) Outils d'évaluation²¹ du risque suicidaire et des comportements d'automutilation

La revue de littérature nous a permis de répertorier quinze outils d'évaluation, lesquels sont présentés sous forme de fiches détaillées à l'annexe D. De ce nombre, onze portent sur l'évaluation du risque suicidaire, deux sont utilisés pour évaluer la présence de symptômes de dépression ou de désespoir alors que deux outils évaluent les comportements d'automutilation. Parmi les outils évaluant le risque suicidaire, certains portent spécifiquement sur les idéations suicidaires et leur intensité alors que d'autres évaluent, en plus, les intentions et les comportements suicidaires, les tentatives de suicide antérieures et les comportements à risque. Le nom des outils d'évaluation répertoriés est présenté au tableau 1.

²¹ Dans le cadre du présent document, le terme « évaluation » est défini selon son sens le plus générique et ne constitue donc pas une activité réservée comme le détermine le PL 21.

Tableau 1 Outils d'évaluation répertoriés dans la revue de littérature

Outils d'évaluation répertoriés	
Risque suicidaire	Ask suicide screening questions (ASQ) Beck scale for suicide ideation (BSSI) Behavioral health screen (BHS) Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS) Child-adolescent suicide potential index (CASPI) Child suicide potential scale (CSPS) Échelle de probabilité du suicide (EPS) Life attitude schedule: Short form (LAS:SF) Pictorial representation of illness and self-measurement (PRISM-S) Suicidal ideation questionnaire (SIQ) et Suicidal ideation questionnaire-Junior (SIQ-JR) Westerman aboriginal symptom checklist youth (WASC-Y)
Symptômes de dépression et de désespoir	Beck hopelessness scale (BHS) Questionnaire sur la santé des patients (QSP-9), version modifiée pour les adolescents
Automutilation	Ottawa self-injury inventory (OSI) Self-harm risk assessment for children (SHRAC)

La consultation des fiches en annexe permet de prendre connaissance, notamment, des dimensions couvertes par chacun de ces outils, de leurs échelles de mesure, de leurs avantages et de leurs limites ainsi que de leurs qualités psychométriques. Les outils répertoriés sont destinés aux intervenants des différents niveaux d'intervention puisque les critères de formation et les compétences requises sont variés. Plusieurs de ces outils peuvent être sous forme autoadministrée. L'utilisation de certains requiert une formation, alors que d'autres sont accompagnés de manuels techniques décrivant les méthodes d'utilisation et la façon de compiler et d'interpréter les résultats. Selon les outils, certains nécessitent des qualifications particulières pour en faire l'interprétation. Ils peuvent être administrés en ligne ou offerts gratuitement, alors que certains d'entre eux ont un coût associé à des droits d'auteurs. Selon les informations disponibles, huit d'entre eux disposent d'une traduction française. Il est important de mentionner que ces outils sont cités à titre informatif et dans un but purement descriptif et que l'INESSS n'émet aucune recommandation quant à leur utilisation.

b) Synthèse des résultats sur l'efficacité des programmes et des interventions

L'analyse des résultats de la plupart des études primaires montre que les programmes et les interventions effectués auprès des jeunes contribuent à diminuer, à des degrés variables, le risque suicidaire et les comportements d'automutilation. L'ensemble des programmes et des interventions recensés se trouvent à l'annexe C. Des composantes de certains d'entre eux, ayant un lien avec des éléments abordés dans le cadre de référence, sont présentées à travers le processus d'intervention clinique et les pratiques

organisationnelles. À cet égard, mentionnons deux programmes intégrant une approche écologique et utilisant des formations brèves qui ont rapporté une amélioration des connaissances de la problématique du suicide et du sentiment de compétence des intervenants. Il s'agit du programme *Connect*, mis au point par le National Alliance on Mental Illness au New Hampshire, ainsi que du *Tennessee Lives Count project*, qui s'appuie sur le programme bref QPR (*Question, Persuade, Refer*). Ils sont abordés dans la section 6.2.1. Par ailleurs, des programmes touchant plus spécifiquement le développement des compétences comme *Reframe-IT* ou une intervention axée sur la résolution de problèmes sont présentés à la section 5.3.2. Étant donné que ces interventions n'ont pas été élaborées ni évaluées dans un contexte de centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation, l'INESSS n'émet pas de recommandation quant à l'application de ces programmes et interventions qui sont présentés dans un but descriptif.

Enfin, tout comme les études primaires, les résultats des revues systématiques visant à évaluer l'efficacité des interventions sur le risque suicidaire et les comportements d'automutilation montrent que les interventions contribuent, à différents degrés, à améliorer ces comportements chez les jeunes. Toutefois, à partir de cette recension, il n'a pas été possible de déterminer quel type d'intervention est le plus efficace ni de faire ressortir les modalités d'application les plus optimales pour cette clientèle.

Quant aux données contextuelles et expérientielles obtenues par le biais des consultations, de la littérature et des résultats au sondage, elles sont présentées à même les sections sur les principes généraux d'intervention, sur le processus d'intervention clinique ainsi que sur les pratiques organisationnelles.

4. PRINCIPES GÉNÉRAUX D'INTERVENTION

Quatre principes généraux d'intervention communs à la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation ont été dégagés à partir des informations tirées de la littérature scientifique et grise, de la consultation des personnes ayant contribué aux travaux ainsi que des réponses au sondage effectué auprès des CISSS et des CIUSSS. Les orientations cliniques qui en découlent sont ensuite présentées pour chacun de ces principes. Ceux-ci sont les suivants :

1. engager et favoriser la collaboration active du jeune, de sa famille et des personnes significatives;
2. établir une alliance thérapeutique avec le jeune;
3. favoriser un travail d'équipe soutenu et des interventions concertées;
4. viser le meilleur équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel.

4.1. Engager et favoriser la collaboration active du jeune, de sa famille et des personnes significatives

ORIENTATION CLINIQUE 1

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation s'effectue en partenariat avec le jeune, sa famille et les personnes significatives. Ainsi, l'intervention :

- tient compte des besoins, des forces et des difficultés spécifiques du jeune et de sa famille et est réalisée dans le meilleur intérêt du jeune et dans le respect de ses droits;
- se déroule dans le respect des capacités du jeune et de sa famille tout en favorisant leur responsabilisation et leur pouvoir d'agir;
- s'effectue de façon à favoriser une meilleure compréhension du comportement du jeune par la famille et les personnes significatives et à les accompagner dans le soutien à lui offrir.

La participation des parents au processus clinique, comme premiers responsables de leur enfant, est privilégiée, sauf dans les situations où le maintien des contacts entre le jeune et ses parents est impossible. Cette participation vise à ce que les parents et le jeune puissent exprimer leurs points de vue, leurs préoccupations et prennent part activement aux décisions les concernant²². Une relation de confiance permet de favoriser la transparence dans la communication et d'inciter davantage les membres de la famille et les personnes significatives à informer l'équipe de tout événement ou indice pouvant être relié ou avoir des répercussions sur la détresse du jeune et sur la présence de

²² Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1, art. 2.3; art. 2.4). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-34.1.pdf>.

manifestations suicidaires ou d'automutilation. Les personnes consultées²³ soulignent l'importance que la famille puisse transmettre les informations requises quant aux antécédents du jeune et aux antécédents familiaux de troubles mentaux et de tentatives de suicide. La communication de ces informations permet en retour d'entreprendre rapidement des interventions pour soutenir le jeune tout autant que son entourage.

Ces interventions doivent tenir compte des besoins, des forces et des caractéristiques du jeune et de sa famille. En effet, ce sont les besoins spécifiques de chaque jeune qui détermineront le suivi à réaliser. De plus, l'intervention sera plus pertinente pour le jeune, sa famille et les personnes significatives si elle se déroule dans le respect de leurs capacités et si elle suscite leur motivation ainsi que leur pouvoir d'agir. Être partie prenante de l'intervention leur permet d'exercer un plus grand contrôle sur des dimensions qu'ils jugent importantes dans leur vie [Lemay, 2007]. Une responsabilisation par rapport à la recherche de solutions est plus mobilisatrice pour eux que le fait d'être centré sur le problème [LeBlanc, 2010].

Il est possible que certains parents soient hésitants dans leurs interventions parce qu'ils peuvent avoir de la difficulté à se faire confiance, à reconnaître la détresse ou à interpréter adéquatement le comportement de leur jeune [Brooks, 2015; Heimsch, 2015; Lachal *et al.*, 2015; Berger *et al.*, 2013]. Dans le but d'assurer un accompagnement qui soit aidant pour le jeune et sa famille, connaître la dynamique familiale permet de mieux orienter les interventions à réaliser. De plus, aider la famille et les personnes significatives à mieux comprendre les comportements du jeune ainsi que les soutenir dans l'accompagnement à lui fournir sont des interventions contributives à l'amélioration de sa situation et de leur relation [Brooks, 2015]. À titre d'exemple, Mattiace [2010] a élaboré un programme ayant pour but le développement et l'amélioration des connaissances des parents des familles d'accueil par rapport aux comportements d'automutilation des adolescents. Plus spécifiquement, ce programme vise à dissiper les mythes reliés à ces comportements, à obtenir de l'information sur les fonctions et les facteurs contributifs, à amener les parents substituts à prendre conscience de leurs propres réactions émotionnelles et à développer leurs habiletés de communication et de parentalité efficaces dans leurs interventions auprès des jeunes. Parallèlement à ces acquisitions, ils sont amenés à mieux détecter les indices de détresse pouvant être reliés au risque suicidaire afin de demander l'aide nécessaire rapidement. Bien que ce programme ne vise pas la modification de comportements, il permet néanmoins d'augmenter les connaissances des parents et constitue une première étape dans le processus clinique.

Lorsque le jeune bénéficie d'une sortie de son milieu d'hébergement, que ce soit pour un congé temporaire ou à la fin d'un placement, cela peut créer chez lui un sentiment d'instabilité et de vulnérabilité, particulièrement si son milieu familial ne peut le soutenir [Gallagher et Daigle, 2008]. Dans l'éventualité d'une sortie, d'une réintégration, d'une fin de placement du jeune, l'implication de la famille et de l'entourage est alors essentielle

²³ Selon les sujets abordés, les personnes consultées sont des membres du comité de travail, des lecteurs externes, des membres du Comité d'excellence clinique, des représentants de l'Alliance des comités des usagers des centres jeunesse du Québec ou des répondants au sondage.

pour la mise en place d'un filet de sécurité fiable à l'extérieur du centre de réadaptation. Les personnes significatives pour le jeune pourront agir comme personnes sécurisantes pour celui-ci.

Par ailleurs, la compréhension entourant les manifestations suicidaires peut être différente selon les groupes culturels [Goldston *et al.*, 2008]. Dans certaines cultures, l'appréhension par rapport aux services de santé mentale peut avoir des répercussions sur la demande d'aide. En effet, certaines familles ne vont pas chercher d'aide puisqu'elles ne considèrent pas que certains comportements et certaines difficultés de leur jeune peuvent être problématiques. Le fait de ne pas demander d'aide peut également être dû au manque de connaissance des services ou à une expérience négative avec des intervenants qui n'avaient pas les connaissances nécessaires de la réalité culturelle de la famille. Il est aussi possible que les interventions proposées ne soient pas réalisées si les membres de la famille ont l'impression que leurs croyances ne sont pas respectées. Dans un processus de collaboration, une flexibilité dans les interventions est alors nécessaire relativement à leurs traditions et à leurs croyances.

4.2. Établir une alliance thérapeutique avec le jeune

ORIENTATION CLINIQUE 2

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation est basée sur l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité avec le jeune. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- ont une pratique réflexive et prennent conscience des effets de leurs perceptions et de leurs réactions sur leur intervention et leur relation avec le jeune;
- démontrent de l'empathie, de la considération, de la disponibilité et de la souplesse.

L'alliance thérapeutique représente l'un des ingrédients clés pour que l'intervention soit efficace [Pauzé, 2015; Heath et Nixon, 2009]. Elle joue un rôle prépondérant lorsque le jeune vit des moments difficiles et est tout aussi importante en contexte d'hébergement qu'en situation de réadaptation dans la communauté [MSSS, 2013]. Une attention toute particulière devrait donc être portée à la création de cette alliance et à la façon dont elle peut être consolidée afin de soutenir l'intervention. Par ailleurs, elle serait d'autant plus importante lorsqu'on intervient auprès des jeunes qui s'automutilent compte tenu de la faiblesse des relations qu'ils entretiennent avec les autres, ce qui peut avoir une influence sur leur besoin de s'infliger des blessures [Barnett, 2011].

Selon Heath et Nixon [2009], l'alliance thérapeutique devrait être composée d'éléments affectifs, comme le respect, la confiance et le soutien; d'éléments cognitifs, comme les ententes sur les objectifs et les moyens pour les atteindre; et d'une collaboration, incluant un partage des responsabilités. Pour établir cette alliance thérapeutique, l'intervenant doit tenir compte des spécificités du jeune et faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin d'ajuster l'intervention en conséquence. Les personnes consultées rappellent l'importance d'offrir au jeune une présence dans des moments positifs où il va bien

puisque cela est aussi un facteur contribuant à l'établissement de l'alliance thérapeutique.

4.2.1 Défis des intervenants dans l'établissement d'une relation significative

Pour les intervenants, il peut parfois s'avérer difficile d'établir une relation collaborative lorsque l'intensité des réactions et des comportements des jeunes est importante. Les différentes réactions et émotions ressenties par les intervenants peuvent avoir des répercussions sur leur relation avec le jeune et sur l'intervention [Arpin et Montminy, 2014; Furnivall, 2013; Heath et Nixon, 2009]. À titre d'exemple, face à des comportements d'automutilation, certains intervenants peuvent ressentir de l'anxiété, de la colère ou de l'exaspération, ce qui peut entraîner le réflexe de mettre en place des mesures de sécurité accrues pour le jeune. D'autres auront l'impression d'être impuissants lors de débordements émotifs du jeune, ce qui peut créer une remise en question de leurs interventions et de leur sentiment de compétence. Une attitude d'indifférence pourrait, quant à elle, empêcher des intervenants de bien saisir les indices de détresse du jeune, entraînant une intervention basée sur des automatismes plutôt que centrée sur les réels besoins du jeune [Arpin et Montminy, 2014].

La stigmatisation liée aux troubles mentaux ou aux comportements d'automutilation est présente dans différents milieux, dont certains milieux cliniques [Commission de la santé mentale du Canada, 2016; Timson *et al.*, 2012; NICE, 2011]. Elle représente un obstacle à l'adhésion des jeunes au traitement et affecte leur capacité de se confier à un adulte significatif [Joshi *et al.*, 2015]. Les mythes associés à la problématique du suicide et de l'automutilation peuvent influencer les perceptions de l'intervenant par rapport à la situation du jeune et ainsi avoir un impact sur les interventions à réaliser auprès de celui-ci. Des mythes associés au suicide et à l'automutilation sont présentés à l'annexe F.

À titre d'exemple, un des mythes liés au suicide est que seules les personnes atteintes d'un trouble mental sont suicidaires. S'il est vrai que les troubles mentaux représentent un facteur de risque du suicide [Holland *et al.*, 2017; Gray et Dihigo, 2015; Hurley *et al.*, 2009; Chagnon, 2007a], on ne peut prétendre que toute personne qui se suicide a un trouble mental ni que celles qui ont un tel trouble présentent des manifestations suicidaires [OMS, 2014]. Ces manifestations démontrent toutefois la détresse et le besoin d'aide de la personne. De même, contrairement à la croyance selon laquelle parler du suicide peut éveiller l'idée du suicide dans l'esprit du jeune ou constituer un encouragement à passer à l'acte, aborder ce sujet avec un jeune, où celui-ci peut exprimer ses verbalisations et ses pensées, peut plutôt avoir un effet protecteur [Gérard *et al.*, 2012]. À cet effet, il est important pour l'intervenant d'adapter son message et les conditions à mettre en place en fonction de chacun des jeunes [Séguin *et al.*, 2004]. Un autre mythe associé au suicide est le fait de penser que la plupart des suicides surviennent soudainement, sans avertissement. Si tel est le cas pour certains suicides, la majorité d'entre eux sont précédés de signes annonciateurs [OMS, 2014]. En effet, selon Séguin [2004], le suicide n'est guère le fait d'une situation isolée, mais est généralement la résultante d'un processus de fragilisation. C'est durant ce processus que la personne va présenter différents signaux et messages.

Sur le plan de l'automutilation, d'autres mythes persistent. Certaines personnes peuvent penser que les comportements d'automutilation constituent une façon d'attirer l'attention ou sont une tentative pour manipuler les autres. Pour un jeune qui s'automutile, ce comportement peut être utilisé comme une stratégie d'adaptation pour gérer ses émotions et sa détresse et non pas pour manipuler les autres. Au-delà de la blessure physique due à un comportement d'automutilation, il importe de prendre en considération la motivation sous-jacente de ce comportement et chercher à comprendre ce que le jeune tente de communiquer [Mattiace, 2010]. L'intervenant doit prendre conscience des difficultés émotionnelles de la personne dans son intervention [NICE, 2004].

La mise en place de conditions propices à la réussite de l'intervention passe par la dissipation des mythes à l'égard des comportements des jeunes [Timson *et al.*, 2012; SCSWIS, 2011]. Une pratique réflexive amène l'intervenant à prendre conscience des effets de ses perceptions et de ses réactions dans l'intervention auprès du jeune. Cette réflexion pourra lui permettre d'apporter des ajustements à ses interventions afin d'être plus réceptif à la détresse et au comportement du jeune et, par conséquent, d'adopter une attitude professionnelle adaptée à la situation et à l'état de celui-ci. L'intervenant s'assure donc d'être disponible dans son intervention auprès du jeune et demande du soutien de ses collègues si cela est requis.

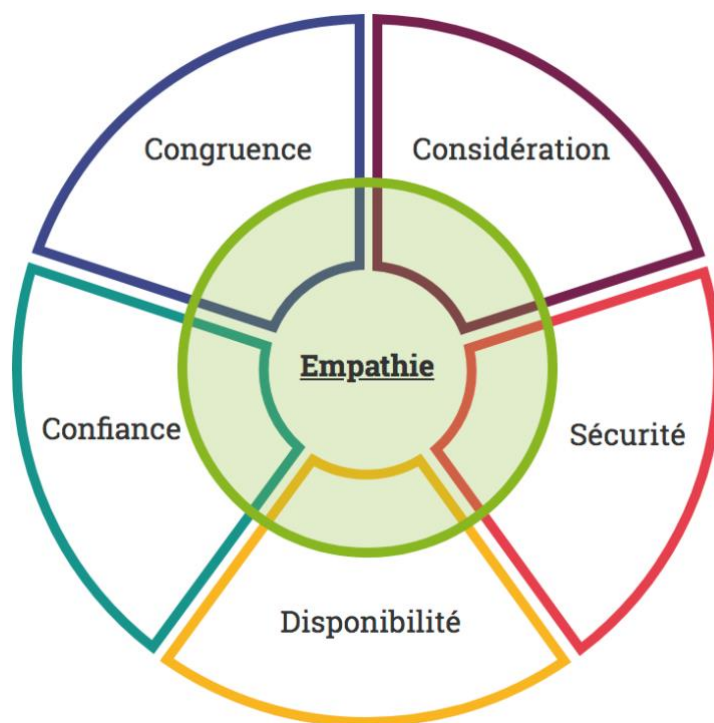
4.2.2 Attitudes et capacités relationnelles des intervenants

Selon Gendreau [2001], dans l'intervention psychoéducative, les attitudes sont définies en tant que schèmes relationnels. Ces schèmes, représentés à la figure 1, sont la confiance, la congruence, la considération, la disponibilité, la sécurité et l'empathie. Les définitions de chacun d'entre eux sont disponibles à l'annexe G. Les schèmes relationnels sont un outil du savoir-être qui se construit et évolue au fil des expériences vécues par l'intervenant. Ils permettent à celui-ci de développer et d'approfondir des relations avec les jeunes et peuvent se modifier pour mieux s'adapter aux situations [Le Blanc, 2011; Gendreau, 2001]. En effet, ces schèmes sont influencés par la situation du jeune ainsi que par le contexte d'intervention, orientant les actions de l'intervenant. De plus, ils sont liés les uns aux autres, mais certains d'entre eux seront davantage sollicités dans la relation d'aide. Par exemple, en situation de risque suicidaire ou de comportement d'automutilation, l'intervenant pourrait solliciter davantage le schème de la sécurité qui lui permet d'avoir une maîtrise sur ses actions pour aider le jeune dans la situation. Par les expériences vécues et une connaissance de soi et de ses vulnérabilités, la sécurité permet à l'intervenant de conserver son intégrité pour faire face à une situation qui est difficile. Ainsi, il pourra offrir au jeune l'occasion de s'exprimer et de manifester ce qu'il vit, et ce, à travers la sécurité de la relation. Également, le schème de l'empathie peut être plus sollicité puisqu'il permet à l'intervenant d'être sensible au jeune pour comprendre ce que vit ce dernier et pour lui communiquer ce qu'il en comprend à travers ses interventions.

Par sa disponibilité, l'intervenant démontre une attitude d'écoute, de réceptivité et prend le temps de se mettre à la disposition du jeune pour répondre à ses besoins²⁴.

La qualité de la relation sera tributaire de la présence et de la flexibilité des schèmes des acteurs. Ils constituent la base de l'établissement d'une relation avec le jeune. La formation, la supervision ainsi que le soutien clinique des membres de l'équipe peuvent aider l'intervenant à enrichir ses schèmes relationnels et améliorer ses interventions [Le Blanc, 2011; Gendreau, 2001].

Figure 1 Schèmes relationnels



Tiré de : *La planification et l'évaluation post-intervention d'une activité individuelle ou de groupe à l'aide du modèle psychoéducatif*, Boscoville 2017, formation Web.

L'alliance thérapeutique étant un processus dynamique, celle-ci peut fluctuer en intensité et en qualité à travers le temps [Baillargeon et Puskas, 2013]. Des bris de l'alliance peuvent donc survenir en cours d'intervention. Ces ruptures sont presque inévitables puisque toute intervention implique, à un moment ou à un autre, que le jeune ressente des émotions négatives face à l'intervenant et au processus d'intervention. Selon Baillargeon et Puskas [2013], l'intervenant doit repérer les indices de cette rupture afin de mettre en place les mécanismes pour rétablir l'alliance. Parmi ceux-ci, mentionnons l'importance, pour l'intervenant, de prendre conscience de ses propres sentiments, de reconnaître son rôle et ses responsabilités dans la relation et de faire preuve d'empathie dans sa communication avec le jeune.

²⁴ Définitions inspirées de Gendreau [2001] et de la formation Web *La planification et l'évaluation post-intervention d'une activité individuelle ou de groupe à l'aide du modèle psychoéducatif*, Boscoville 2017.

Après l'établissement d'une relation de confiance et de collaboration, le jeune qui présente un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation pourra être plus enclin à démontrer une ouverture à la demande d'aide et mieux comprendre les moyens mis en place pour assurer sa sécurité.

4.3. Favoriser un travail d'équipe soutenu et des interventions concertées

ORIENTATION CLINIQUE 3

Le travail d'équipe s'appuie sur une répartition claire des rôles et un partage des responsabilités dans la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation. Ainsi, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- collaborent avec lui, sa famille, les personnes significatives et les partenaires pour mettre en place les actions nécessaires auprès du jeune;
- ont une vision et un langage communs de la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation;
- agissent en complémentarité avec les forces, les compétences et les expériences de chacune des personnes impliquées auprès du jeune;
- documentent, mettent à jour et utilisent les mécanismes de communication et de transmission de l'information.

Les personnes consultées soulignent qu'il est important que l'intervenant soit accompagné pour gérer une situation de risque suicidaire ou d'automutilation. Dans ce contexte, le travail d'équipe est essentiel pour soutenir les intervenants réguliers ou occasionnels et optimiser l'efficacité des interventions en gestion de risque. Tout au long de la mesure d'hébergement, le jeune est accompagné par la personne autorisée²⁵ et un éducateur pivot²⁶ auxquels se greffent d'autres intervenants.

4.3.1 Responsabilité partagée

En centre de réadaptation, la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation repose sur la notion de responsabilité partagée au sein d'un travail d'équipe en multidisciplinarité, selon la fonction et la nature de l'implication des intervenants. Il peut s'agir d'intervenants du 1^{er} niveau et d'autres membres du personnel concernés, d'intervenants de 2^e et de 3^e niveau²⁷, de partenaires des différents

²⁵ Le directeur de la protection de la jeunesse « ne peut exercer, en personne, l'ensemble des responsabilités que lui confère la loi. Il ne délègue pas ses responsabilités, mais plutôt l'exercice de celles-ci. La personne qui assume ces responsabilités au nom du DPJ est dite "personne autorisée". Dans le cadre de l'exécution de l'entente sur les mesures volontaires ou de l'ordonnance, le DPJ nomme un intervenant responsable de l'application des mesures qui est la personne autorisée par le DPJ selon l'article 33 de la LPJ. » [MSSS, 2010, p. 534].

²⁶ L'appellation peut différer selon les CISSS ou les CIUSSS.

²⁷ Dans certaines régions, la composition de l'équipe de 2^e niveau d'intervention peut varier d'un établissement à l'autre. Elle peut inclure un médecin spécialiste répondant en psychiatrie, un psychoéducateur, un travailleur social, un criminologue, un cadre clinicien des services 24/7. La composition de l'équipe peut également relever d'une collaboration avec des partenaires régionaux, comme un centre de prévention du suicide ou un département de pédopsychiatrie [MSSS, 2018].

programmes-services ou de la communauté. Ce travail d'équipe est réalisé avec l'implication du jeune, de sa famille et des personnes significatives.

Le *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire* définit les activités à effectuer et les responsabilités des intervenants des trois niveaux d'intervention dans le but d'offrir les services nécessaires selon la situation et les besoins du jeune et d'assurer une coordination efficace des interventions (voir la figure 2). La mise en œuvre du protocole nécessite une collaboration entre les intervenants de différents champs d'exercice [MSSS, 2018].

Figure 2 Niveaux d'intervention



Tiré de : *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* [MSSS, 2018, p. 10].

Cette responsabilité partagée requière que les membres de l'équipe aient une vision commune de la situation et partagent la même compréhension des rôles et des responsabilités de chacun concernant le risque suicidaire et les comportements d'automutilation pour offrir une intervention concertée et cohérente.

Par ailleurs, certaines situations vécues par les intervenants nécessitent une rétroaction et un soutien rapides de la part des autres membres de l'équipe [Arpin et Montminy, 2014]. Le soutien et la complémentarité des forces, des compétences et des expériences des membres de l'équipe permettent de trouver des solutions et d'apporter les ajustements requis pour faire face à la situation ainsi que d'effectuer un relais dans l'intervention si nécessaire.

4.3.2 Partage de l'information clinique

Le partage d'information clinique dans un contexte de travail d'équipe doit être bien circonscrit, notamment par des critères de nécessité et de pertinence dans le strict cadre des fonctions des acteurs concernés. La communication favorise une intervention continue plus cohérente et intégrée au regard des observations réalisées. Cela permet d'améliorer l'efficacité de l'intervention et du suivi à effectuer pour assurer la sécurité du jeune [SCSWIS, 2011]. Toutefois, selon les données recueillies et les personnes consultées, la terminologie utilisée pour parler du risque suicidaire et de l'automutilation varie dans les milieux de pratique, notamment entre les différents services et dans les documents de référence sur ces problématiques, créant ainsi un manque de constance et d'uniformité des concepts et de leur définition [Grandclerc *et al.*, 2016; Gordon et Melvin, 2014]. Cette situation complexifie la communication et la compréhension entre les différents acteurs. L'uniformisation de la terminologie devient alors nécessaire afin de favoriser une compréhension commune, d'assurer une communication plus efficace entre les personnes impliquées auprès du jeune et de sa famille et, ainsi, de faciliter l'évaluation et l'intervention.

L'utilisation de mécanismes de communication et de transmission de l'information entre les différents intervenants impliqués auprès du jeune vise à faciliter le travail d'équipe. La collecte et la consignation de l'information au dossier se font par l'entremise du système d'information clinique *Projet Intégration Jeunesse*²⁸ (PIJ). À cet effet, les personnes consultées soulignent l'importance, pour l'équipe d'intervention, de documenter et de communiquer efficacement toutes les informations pertinentes recueillies pour assurer la protection du jeune.

Le fait de pouvoir s'appuyer sur des outils cliniques communs, comme le plan d'intervention (PI), permet d'orienter les interventions à réaliser auprès du jeune et de sa famille. Le plan d'intervention (PI) permet de définir, avec le jeune et sa famille, les buts, les objectifs, les moyens à privilégier pour les atteindre ainsi que les responsabilités de chacun. De plus, pour les intervenants qui accompagnent le jeune, « le PI permet une

²⁸ Le système PIJ comprend trois applications : le Système clientèle jeunesse (SCJ), le Système d'information sur les ressources de type familial (SIRTF) et le Système de soutien à la pratique (SSP).

lecture commune des capacités et des besoins du jeune et de sa famille, du sens général de l'intervention. Il favorise la cohérence et la convergence des interventions des différents intervenants. Le PI constitue un des éléments de continuité dans le parcours clinique du jeune lors du changement d'intervenants » [OPPQ, 2014, p. 4]. L'activité de « déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation »²⁹ constitue une activité réservée qui doit être réalisée par un travailleur social ou un psychoéducateur³⁰. L'intervenant qui a la responsabilité de déterminer le plan d'intervention prend en considération les observations, les évaluations et les recommandations du personnel qui travaille auprès du jeune. La mise en œuvre du plan d'intervention ne constitue pas une activité réservée et peut être réalisée par tout autre intervenant désigné [Office des professions du Québec, 2013]. La révision régulière du plan d'intervention est essentielle pour bien orienter les attentes et les responsabilités de chacun.

À la démarche clinique propre au milieu de réadaptation, des interventions spécifiques peuvent s'ajouter pour répondre aux besoins d'un jeune qui présente des indices cliniques s'apparentant à un trouble mental ou à d'autres problématiques. Dans ce contexte, des services complémentaires en santé mentale, en dépendance ou autres sont proposés au jeune. À cet égard, les *Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022* soulignent la nécessité d'établir des collaborations afin d'assurer une continuité et une complémentarité de l'offre de services ainsi que pour éviter des ruptures de services [MSSS, 2017]. À cet effet, il est important de prévoir des mécanismes de communication avec les partenaires externes pour assurer une continuité des services en réponse aux besoins du jeune. Ces mécanismes sont également mis en place dans le respect des lois qui encadrent le partage et la protection des renseignements personnels.

Lorsque des partenaires de plus d'un établissement sont impliqués dans l'intervention, un plan de services individualisé (PSI)³¹ doit être élaboré. Le PSI constitue une démarche clinique globale qui permet de planifier et de coordonner les services à offrir au jeune et à sa famille par les intervenants des différents établissements et organismes impliqués, dans le but d'assurer une complémentarité, une continuité et une accessibilité des interventions et des services. Cette démarche vise à favoriser une lecture commune de la situation du jeune afin de favoriser des interventions concertées [MSSS, 2010].

Selon les personnes consultées, travailler de concert avec les partenaires, favoriser une compréhension commune des problématiques, notamment entre les intervenants des différents milieux d'encadrement, coordonner les actions à mettre en place par

²⁹ « Les appartements supervisés, les ressources de type familial (RTF) et les familles d'accueil ne sont pas visés par cette activité, n'étant pas considérés par la Loi comme des installations d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation » [Office des professions du Québec, 2013, p. 56].

³⁰ L'Ordre professionnel des criminologues du Québec est actuellement en démarche pour l'obtention de l'exercice de cette activité réservée.

³¹ Le terme PII (plan d'intervention interdisciplinaire) est parfois utilisé pour identifier un PI regroupant des services offerts par plusieurs intervenants d'un même programme ou d'un même établissement.

l'entremise d'outils cliniques communs, créer des passerelles entre les différents services et mieux outiller les intervenants pour travailler auprès de cette clientèle s'avèrent essentiels. Bien que des mécanismes aient été mis en place dans les régions, les personnes consultées mentionnent que des défis demeurent étant donné le roulement de personnel, les besoins de formation et la complexité des situations.

4.4. Viser le meilleur équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel

ORIENTATION CLINIQUE 4

En présence d'un risque suicidaire ou de comportements d'automutilation, l'intervention vise le meilleur équilibre dans la réponse aux besoins de sécurité et de soutien relationnel du jeune. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- s'assurent d'un environnement sécuritaire et adapté à la situation, aux caractéristiques du jeune et au contexte d'intervention;
- favorisent une intervention axée sur la validation de la détresse du jeune en plus de la gestion du comportement;
- assurent un accompagnement clinique soutenu et demeurent disponibles pour le jeune afin qu'il puisse verbaliser ses pensées, ses émotions et ses réflexions.

L'intervention en gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation vise à fournir un environnement sécuritaire et un accompagnement individualisé afin d'aider le jeune à retrouver confiance en ses possibilités et à trouver d'autres moyens pour apaiser sa souffrance et résoudre ses difficultés. L'équilibre dans la réponse aux besoins de sécurité et de soutien relationnel s'inscrit dans un processus clinique qui conçoit l'intervention dans sa globalité, et ce, dans le meilleur intérêt du jeune et dans le respect de ses droits. Cette notion d'équilibre, illustrée à la figure 3, varie en fonction de la situation, des caractéristiques du jeune et du contexte de l'intervention. L'intervenant doit donc s'ajuster à ces différents facteurs lors de son intervention. La recherche d'un tel équilibre illustre toute la complexité de l'intervention auprès des jeunes qui présentent des manifestations suicidaires et d'automutilation.

À cet égard, Ranahan [2011] propose une approche qui s'inscrit dans cette dynamique d'équilibre de sécurité et de soutien à offrir au jeune qui présente un risque suicidaire. L'auteure propose le concept de « Being with » ou « Être avec » lors d'une intervention avec un jeune dont la sécurité doit être accentuée. Ce concept implique une sensibilisation des intervenants aux besoins du jeune et l'importance du maintien d'un travail d'équipe avec les autres intervenants tout en construisant ou en maintenant une relation avec le jeune, notamment à travers ce qu'il vit dans le moment présent. Selon l'auteure, il est essentiel de ne pas perdre de vue l'importance de la dimension relationnelle pour éviter une rupture de la relation et engendrer chez le jeune un sentiment d'isolement et d'abandon.

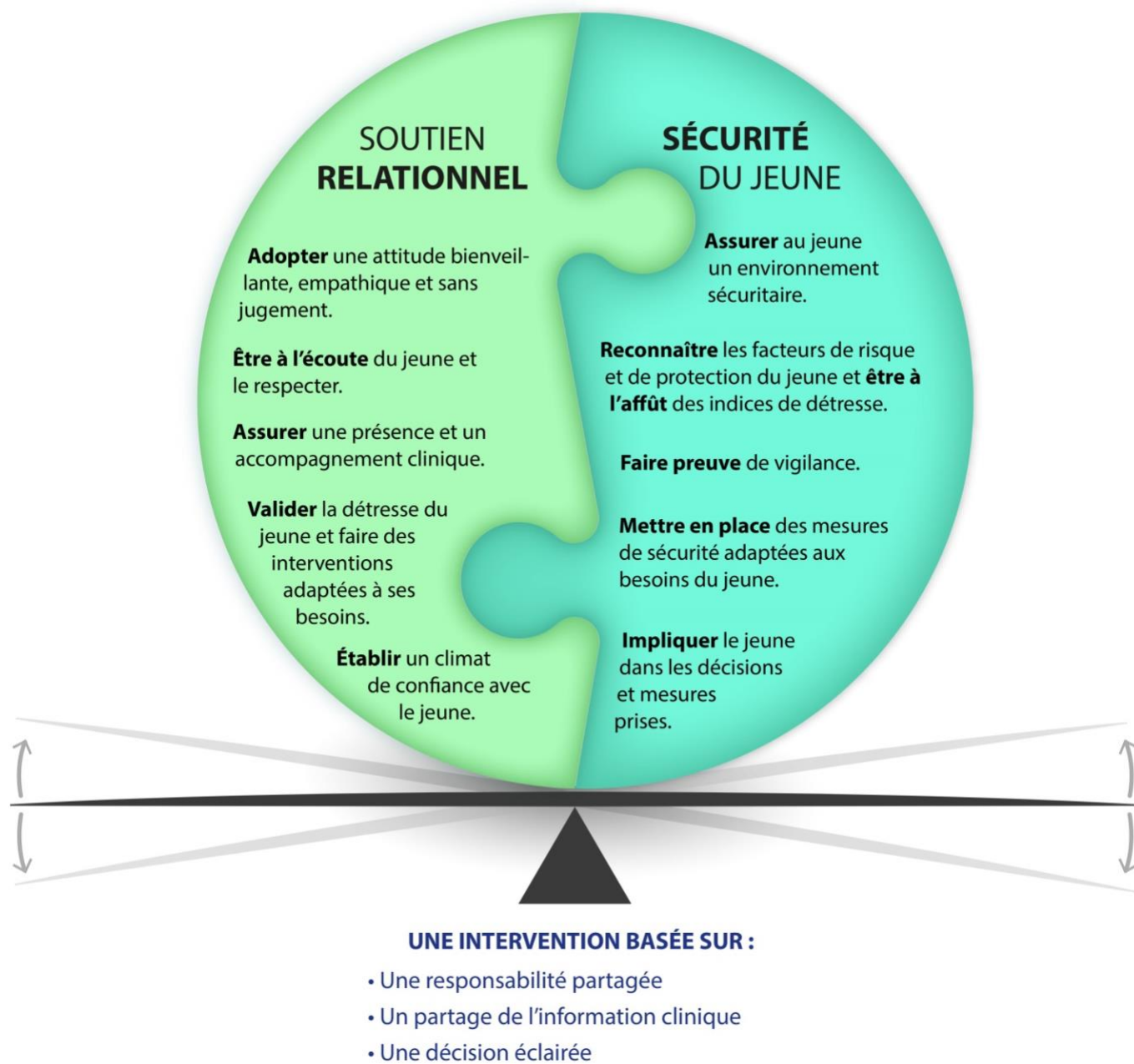
La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation nécessite, pour l'intervenant, de demeurer à l'affût des indices de détresse et des événements vécus par

le jeune qui peuvent avoir une répercussion sur la fluctuation du niveau de risque afin de prendre les décisions éclairées. Puisque ce niveau de risque peut fluctuer dans le temps, il importe de faire continuellement preuve de vigilance et de favoriser une intervention qui s'y ajuste. L'intervention sécuritaire se veut la moins contraignante possible, dans un milieu qui soit le plus normalisant pour le jeune, tout en ayant un filet de sécurité suffisamment solide pour éviter qu'il se fasse du mal, ce qui peut aller jusqu'à la mise en place de mesures de sécurité. Selon les personnes consultées, l'application de ces mesures peut être perçue comme contraignante par le jeune, d'où l'importance de soutenir son engagement dans son processus clinique, comme il a été mentionné à la section 4.1, pour qu'il puisse sentir qu'il fait partie prenante de l'intervention.

Parallèlement à la sécurité, le soutien relationnel doit également être pris en compte dans l'intervention. La littérature consultée souligne qu'autant sur le plan suicidaire que pour l'automutilation, il s'avère important d'intervenir sur la détresse, les déclencheurs de pensées et les motivations sous-jacentes aux comportements et non uniquement sur la symptomatologie du jeune [Brooks, 2015; Heimsch, 2015; Mugge, 2015; Furnivall, 2013]. En effet, centrer l'intervention uniquement sur le comportement peut réduire le danger immédiat, mais ne répond pas aux difficultés sous-jacentes qui entraînent ces manifestations. [Furnivall, 2013].

Offrir un espace où le jeune se sent en sécurité et en confiance pour verbaliser ses pensées, ses émotions et ses réflexions peut permettre à l'intervenant de valider l'état de celui-ci et de reconnaître l'aide dont il a besoin pour diminuer ses comportements suicidaires et d'automutilation. Comme l'ont souligné les personnes consultées, chaque jeune, avec ses expériences de vie, ses propres référentiels et sa personnalité, répond différemment aux défis rencontrés. Le jeune doit pouvoir sentir qu'il est accueilli dans sa détresse et que l'intervenant est disponible et s'intéresse à ce qu'il vit dans le moment présent par une intervention qui favorise l'espoir et demeure sans jugement. En tenant compte de la réalité d'un contexte de réadaptation de groupe, un des défis pour l'intervenant réside dans la possibilité de se rendre entièrement disponible à un jeune tout en ayant d'autres situations de groupe à gérer au même moment.

Figure 3 Équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel



5. PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE DYNAMIQUE ET CONTINU CENTRÉ SUR LES BESOINS DU JEUNE

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation s'inscrit dans le cadre d'un processus clinique dynamique et continu qui comprend la détection, l'évaluation et l'intervention. Le processus d'intervention clinique est présenté à la figure 4. Selon la nature de la situation, les étapes ne sont pas nécessairement effectuées de façon séquentielle. Elles s'inscrivent en concordance et en complémentarité avec l'application du *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*, lorsque la situation l'exige.

La détection vise à repérer des indices de détresse, de risque suicidaire ou d'automutilation. Il s'agit d'une activité non réservée qui peut être réalisée par des professionnels ou des intervenants du secteur de la santé mentale et des relations humaines dans le respect de leurs compétences respectives. En contexte d'hébergement, la détection est généralement réalisée par les intervenants du 1^{er} niveau d'intervention qui travaillent directement auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation. Elle vise à guider les intervenants qui doivent statuer sur la pertinence de poursuivre ou non le processus d'évaluation par les intervenants du 2^e ou du 3^e niveau d'intervention. Les activités d'évaluation qui impliquent de porter un jugement clinique sur la situation d'un jeune et d'en communiquer les conclusions doivent être effectuées dans le respect de la réglementation en vigueur au Québec. Les étapes de détection et d'évaluation permettront de déterminer les interventions à mettre en place auprès du jeune.

Figure 4 Processus d'intervention clinique



5.1. Détection basée sur une vision globale de la situation du jeune

ORIENTATION CLINIQUE 5

La détection du risque suicidaire et des comportements d'automutilation repose sur une vision globale de la situation du jeune en hébergement, et ce, tout au long de la prestation de services. Pour ce faire, les intervenants impliqués auprès du jeune :

- prennent connaissance de l'histoire de vie du jeune, des motifs ayant mené à la mesure d'hébergement et identifient les facteurs de risque et de protection, susceptibles d'augmenter ou de diminuer le risque suicidaire ou les comportements d'automutilation;
- demeurent à l'affût des indices de détresse manifestés par le jeune pour en comprendre le sens et la portée;
- exercent une vigilance en continu et accrue lors des moments critiques et des événements précipitants vécus par le jeune.

Pour être en mesure d'effectuer une détection du risque suicidaire et des comportements d'automutilation, l'intervenant doit posséder une vision d'ensemble de la situation du jeune. Il s'appuie notamment sur les consultations et les évaluations antérieures réalisées auprès du jeune afin de connaître l'histoire de celui-ci, sur le plan psychosocial, ainsi que sa condition de santé physique et mentale. Il sera ainsi en mesure de prendre en compte les facteurs de risque et de protection, d'observer les indices de détresse et tout autre élément contextuel lui permettant de bien cerner sa situation.

En plus des informations cliniques antérieures, il est possible de recueillir des informations sur le jeune et sur sa situation, notamment, par de l'observation directe dans le milieu de vie, l'utilisation de grilles d'observation ou des rencontres individuelles. L'obtention de ces informations permet, entre autres, de quantifier la fréquence et l'intensité des difficultés du jeune [ACJQ, 2009]. Par exemple, une analyse du contexte dans lequel le geste d'automutilation se manifeste, de la nature et de la sévérité du geste, des circonstances entourant celui-ci ne sont que quelques-unes des informations à colliger par l'intervenant [Arpin et Montminy, 2014].

5.1.1 Reconnaissance des facteurs de risque et de protection

Différents facteurs de risque peuvent contribuer à l'apparition et au maintien des manifestations suicidaires et des comportements d'automutilation, alors que des facteurs de protection peuvent, quant à eux, avoir un effet positif pour le jeune. Il peut s'agir de facteurs personnels, familiaux, sociaux, environnementaux ou circonstanciels.

a) Facteurs de risque

Afin d'effectuer une analyse qui soit la plus juste possible, l'intervenant doit connaître les différents facteurs de risque dans la vie du jeune. Certains facteurs de risque associés au risque suicidaire ou aux comportements d'automutilation sont présentés au tableau 2.

Tableau 2 Exemples de facteurs de risque associés aux manifestations suicidaires ou à l'automutilation³²

Exemples de facteurs de risque	
• Troubles mentaux • Impulsivité • Détresse psychologique • Expériences traumatiques (abus, violence, intimidation) • Faible estime de soi • Consommation de substances psychoactives	• Faible soutien social, isolement • Difficulté de régulation des émotions • Conflits familiaux et interpersonnels • Exposition à des comportements suicidaires ou d'automutilation • Difficulté de résolution de problèmes • Distorsions cognitives

Les facteurs de risque plus spécifiquement associés au suicide rapportés dans les études sont les idées et tentatives de suicide antérieures ainsi que les troubles mentaux, notamment la dépression, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les troubles anxieux, les troubles de personnalité limite ainsi que l'abus de substances [Holland *et al.*, 2017; Gray et Dihigo, 2015; Chagnon, 2007a]. Les antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicides ainsi que l'exposition au suicide d'un ami, d'un modèle ou d'une personne de la communauté sont également associés au risque suicidaire [Soole *et al.*, 2015; Abrutyn et Mueller, 2014; Swanson et Colman, 2013]. Les résultats d'études rapportent également que les effets d'une tentative de suicide d'un ami peuvent durer jusqu'à un an [Abrutyn et Mueller, 2014]. D'autres auteurs indiquent que les plus jeunes sont plus sensibles au phénomène de contagion [Swanson et Colman, 2013]. Dans les communautés autochtones américaines, les jeunes seraient particulièrement à risque suicidaire en raison de leur réseau social limité et d'une plus grande exposition aux comportements suicidaires et aux suicides dans leur famille [Goldston *et al.*, 2008]. Au Canada, selon le Cadre fédéral de prévention du suicide [Agence de la santé publique du Canada, 2016], le taux de suicide chez les jeunes des Premières Nations serait de cinq à six fois supérieur à celui des jeunes non autochtones. Les résultats d'une Enquête régionale sur la santé chez les Premières Nations rapportent que près de 8 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans auraient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et 19 % auraient eu des idées suicidaires. Par ailleurs, 15 % d'entre eux ont rapporté avoir été exposés à des tentatives de suicide de membres de leur famille ou d'un ami proche au cours des 12 mois précédant l'enquête [Bureau international des droits des enfants, 2015].

Le milieu familial, lorsqu'il est perturbé ou dysfonctionnel, est un facteur pouvant contribuer au risque suicidaire [Gallagher et Daigle, 2008]. Par exemple, une étude rétrospective portant sur des jeunes âgés de 11 à 15 ans décédés par suicide a montré que 56 % d'entre eux présentaient des problèmes relationnels avec leurs parents au

³² [Andrews *et al.*, 2014; Furnivall, 2013; Hamza *et al.*, 2012; Laurier et Chagnon, 2010; Wichstrom, 2009; Chagnon, 2007b].

moment où ils ont commis leur geste [Holland *et al.*, 2017]. Les multiples changements de milieu de vie peuvent aussi augmenter le risque suicidaire. Ces transitions, impliquant une situation de perte, peuvent créer différents sentiments entremêlés chez le jeune, que ce soit un sentiment d'abandon ou d'échec personnel [SCSWIS, 2011]. D'autres facteurs de risque sont plutôt reliés au milieu scolaire et aux relations avec les pairs, que ce soit de l'intimidation, du rejet, des problèmes disciplinaires, un manque de sentiment d'appartenance ou encore de la pression de la part des parents et des professeurs pour une meilleure performance scolaire [Holland *et al.*, 2017].

L'automutilation peut être un facteur de risque de manifestations suicidaires. En effet, une répétition du comportement d'automutilation peut entraîner une désensibilisation et une plus grande tolérance à la douleur, augmentant ainsi le risque suicidaire [Joiner et Ribeiro, 2011]. À l'inverse, l'automutilation peut être une façon pour le jeune de se protéger contre un geste suicidaire. Dans cette perspective, l'automutilation aurait une fonction d'autorégulation visant à prévenir le suicide puisqu'elle permet de canaliser les impulsions destructrices, créant ainsi une illusion de contrôle [Grandclerc *et al.*, 2016; Furnivall, 2013]. Les facteurs de risque qui ont été plus spécifiquement associés à l'automutilation dans la littérature sont les abus sexuels, la négligence vécue durant l'enfance, un attachement insécurisé et une instabilité sur le plan émotionnel ou comportemental [Wichstrom, 2009]. Une mauvaise communication dans la famille, une relation de piètre qualité ou un environnement non réceptif constituent des facteurs importants dans le développement des comportements d'automutilation [Brooks, 2015]. Une association significative entre les comportements d'automutilation et une faible image de soi a également été documentée chez des adolescentes [Andersson *et al.*, 2013]. L'automutilation peut aussi être associée à différents troubles mentaux, tels que les troubles alimentaires, les troubles anxieux, la dépression, l'abus de substance, et plus particulièrement le trouble de personnalité limite [Kaess *et al.*, 2014; Muehlenkamp *et al.*, 2011; Mattiace, 2010].

Enfin, il importe de prendre en considération l'interrelation entre les différents facteurs de risque. Certains facteurs peuvent avoir un effet plus important à un moment précis dans la vie du jeune et avoir une répercussion sur les cibles d'intervention à privilégier [Heath et Nixon, 2009]. La coexistence de ces facteurs peut avoir un effet plus néfaste que lorsqu'ils apparaissent isolément [McMeel, 2009].

b) Facteurs de protection

Pour leur part, les facteurs de protection agissent comme un contrepoids aux facteurs de risque pour en atténuer les répercussions négatives chez le jeune [McMeel, 2009]. Ils contribuent ainsi à l'évolution de la situation et de l'état de celui-ci. Certains facteurs de protection associés au risque suicidaire ou à l'automutilation sont présentés au tableau 3.

Tableau 3 Exemples de facteurs de protection associés aux manifestations suicidaires ou à l'automutilation³³

Exemples de facteurs de protection	
• Bons mécanismes d'adaptation • Soutien de la famille et des pairs positif • Bonnes habiletés de communication • Bonnes habiletés de résolution de problèmes • Croyance en ses possibilités • Spiritualité • Expérience scolaire positive	• Forces et capacités du jeune • Estime de soi positive • Saines stratégies d'autorégulation des émotions • Soutien des intervenants • Projet qui rejoint les intérêts du jeune • Accessibilité à des services

En collaboration avec le jeune, l'intervenant peut agir sur certains facteurs de protection en l'aidant, par exemple, à reconnaître les personnes et les éléments de son environnement qui contribuent à son soutien ou en l'accompagnant dans ses démarches pour recevoir des services. D'autres facteurs plus intrinsèques au jeune peuvent aussi être renforcés par une intervention qui mise sur ses forces et sur les sphères de sa vie où il démontre de bonnes aptitudes et de l'intérêt, ce qui peut avoir un effet positif sur sa croyance en ses possibilités. Par exemple, le succès scolaire peut s'avérer un facteur de protection important pour le jeune qui vit des réussites et reçoit du soutien dans cette sphère de sa vie [Fraser *et al.*, 2015; Furnivall, 2013].

Par ailleurs, un des facteurs de protection importants réside dans le soutien qui est offert au jeune. Chez les adolescents, les trois principales sphères sociales sont la famille ou le milieu substitut, les pairs et l'école. Être davantage en relation avec les autres améliore les occasions de demande d'aide, de divulgation et de détection de la détresse émotionnelle et des pensées suicidaires [He *et al.*, 2015]. Le type et la présence du soutien social ainsi que la capacité à demander de l'aide lors d'une difficulté représentent des facteurs de protection pour mieux se protéger des effets du stress [Dumont *et al.*, 2004]. La cohésion familiale est reconnue comme étant un facteur de protection contre les idées et les gestes suicidaires en général [McMeel, 2009]. Le fait de pouvoir discuter de ses difficultés et d'avoir un sentiment de proximité avec les personnes significatives contribue aussi à une santé émotionnelle positive [Fraser *et al.*, 2015]. Les adolescents eux-mêmes reconnaissent le rôle que peuvent jouer leurs parents dans la prévention de leurs comportements d'automutilation et trouvent des moyens à cet effet. Ils soulignent, entre autres, l'importance d'une meilleure compréhension mutuelle, d'une amélioration de la relation et d'une diminution des conflits familiaux, d'une écoute et d'une ouverture sans jugement [Berger *et al.*, 2013].

³³ [Lachal *et al.*, 2015; Andrews *et al.*, 2014; Furnivall, 2013; Hamza *et al.*, 2012; Laurier et Chagnon, 2010; Wichstrom, 2009].

5.1.2 Reconnaissance des indices de détresse

En plus des informations obtenues sur les facteurs de risque et de protection, la reconnaissance des indices de détresse est essentielle dans la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation. L'intervenant demeure vigilant dans l'interprétation qu'il donnera au geste posé par le jeune. À titre d'exemple, la conception selon laquelle les comportements d'automutilation sont davantage motivés par la pression des pairs que par une perturbation émotionnelle peut minimiser la gravité réelle de ces comportements, diminuant ainsi les références à des services spécialisés pour des jeunes qui en auraient besoin [Sadeh *et al.*, 2014].

a) Reconnaissance des indices de détresse associés au risque suicidaire

Certains indices peuvent suggérer la présence de détresse chez un jeune, comme une tendance à s'isoler, un don d'objets significatifs, un intérêt soudain pour le sujet du suicide ou de la mort, des symptômes dépressifs ou anxieux, une absence de motivation, une difficulté de concentration, des messages de désespoir verbaux ou écrits ou encore une manifestation soudaine d'un grand soulagement³⁴. Une attention plus particulière doit être portée au jeune qui présente des signes de détresse à certains moments de la journée, comme lors des soins d'hygiène ou des périodes passées dans sa chambre. L'étude de Delamare, Martin et Blanchon [2007] indique que la grande majorité des tentatives de suicide faites par des enfants de moins de 13 ans ont eu lieu surtout en soirée. De même, quatre des sept rapports du coroner³⁵ recensés dans le cadre des présents travaux mentionnent que les suicides ont eu lieu en fin d'après-midi, en soirée ou durant la nuit.

Gallagher et Daigle [2008] soulignent l'importance de porter une attention particulière aux enfants en raison de leur compréhension limitée des concepts de la mort, de leur impulsivité et de leur niveau de langage. Même s'ils n'ont pas une compréhension totale des conséquences de leurs actions et, par le fait même, du concept de la mort, les enfants peuvent agir et s'engager dans des comportements suicidaires [Heimsch, 2015; Barrio, 2007]. Aussi, prendre sérieusement en considération toute verbalisation ou tout comportement pouvant suggérer un risque suicidaire, même chez les plus jeunes, demeure fondamental. Les enfants qui présentent des idées suicidaires ne verbalisent pas nécessairement leurs pensées aux autres; cela demande donc aux adultes qui les entourent une vigilance accrue face aux signes de détresse et aux autres facteurs de risque chez l'enfant afin de commencer la discussion avec lui pour mieux connaître ses pensées et ses émotions [Heimsch, 2015].

Il est important que l'intervenant s'ajuste au niveau de développement de l'enfant, donne un sens à ses manifestations, utilise un langage accessible et adapté, n'induisse pas les réponses, n'interprète pas ses paroles. Si le jeune éprouve de la difficulté à s'exprimer,

³⁴ Extrait de la formation *Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide : notre rôle et nos responsabilités*. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale.

³⁵ Rapports d'investigation du coroner reliés aux événements de suicide chez des jeunes hébergés en centre de réadaptation (2008 à 2014). Documents transmis par le Bureau du coroner du Québec.

l'intervenant peut utiliser d'autres moyens d'expression, tels que des jeux de rôles ou du dessin [Couture et Thivierge, 2017; Barrio, 2007].

Par ailleurs, les manifestations suicidaires dans les communautés culturelles sont associées à des facteurs de risque et de protection qui peuvent être différents. Il en va de même dans la façon dont certains membres de communautés culturelles manifestent leur détresse. À titre d'exemple, une étude a démontré que les adolescents américains d'origine africaine ou asiatique verbalisent rarement leurs pensées ou leurs intentions suicidaires [Goldston *et al.*, 2008]. La conception du suicide serait également différente selon l'origine ethnique des adolescents. Pour des jeunes Québécois, le suicide est considéré comme étant lié aux troubles mentaux ou à une extrême souffrance. Pour ces raisons, certains de ces jeunes perçoivent le suicide comme une solution raisonnable dans une situation apparaissant comme impossible à résoudre autrement. À l'inverse, pour certains jeunes issus des communautés haïtiennes et italiennes, le suicide est considéré comme étant un manque de loyauté envers la famille; cela s'explique par le fait que la solidarité et l'entraide familiale sont très valorisées par ces derniers [Mereus, 2006]. Les intervenants doivent être particulièrement alertes dans l'identification des jeunes présentant un risque de suicide issus de communautés culturelles différentes de la leur. Il est toutefois possible pour les intervenants d'obtenir de l'information auprès des jeunes qui s'expriment difficilement sur leurs pensées suicidaires à l'aide d'une évaluation réalisée avec précaution [Goldston *et al.*, 2008].

b) Reconnaissance des indices de détresse associés à l'automutilation

Connaître les motivations qui sous-tendent généralement les comportements d'automutilation peut en faciliter la détection. Ces motivations peuvent se modifier dans le temps [Brooks, 2015]. Elles varient, notamment, selon le jeune, ses caractéristiques personnelles, la situation vécue et le contexte dans lequel le comportement se déroule. Selon la littérature recensée, ces motivations peuvent être multiples [Brooks, 2015; Arpin et Montminy, 2014; Furnivall, 2013; Candela, 2011; Garel, 2008; Lloyd-Richardson *et al.*, 2007]. À titre d'exemple, certains jeunes vont chercher à soulager leur souffrance psychologique, à s'en libérer momentanément ou à apaiser leurs tensions internes par une douleur physique qui serait plus tolérable pour eux. L'automutilation peut constituer également une tentative de retrouver un équilibre, une façon de réguler leurs émotions et de faire face aux événements stressants qui seraient autrement trop difficiles à apaiser. Elle peut aussi être un geste d'autopunition ou une façon pour ressentir plus intensément les émotions ou encore, pour certains jeunes, un moyen de communication. Il peut s'agir d'une demande d'aide, d'un désir de s'identifier aux autres et d'être accepté par eux, d'une recherche d'attention ou de réaction de l'entourage. Retrouver un sentiment de contrôle de soi et de son environnement peut aussi expliquer la présence de comportements d'automutilation. Par ceux-ci, les jeunes cherchent, entre autres, à exprimer et à maîtriser un trauma vécu. Par ailleurs, bien que la fonction sous-jacente aux comportements d'automutilation soit reliée à la régulation des émotions, il y a, habituellement, plus d'une fonction associée à ces comportements [Heath et Nixon, 2009].

Les jeunes qui s'automutilent peuvent cacher leur comportement afin d'éviter d'en parler ou parce qu'ils ressentent de la gêne ou de la honte. Certains indices peuvent néanmoins alerter l'intervenant quant à la possibilité que le jeune ait posé un ou des gestes d'automutilation. Par exemple, il peut présenter des blessures ou cicatrices fréquentes et inexpliquées, avoir une tenue vestimentaire composée d'un pantalon long et d'un chandail à manches longues, et ce, même par temps chaud, avoir de la difficulté à gérer ses émotions ou avoir une faible estime de soi [ACJQ, 2013].

Par ailleurs, même si l'automutilation est plus rare chez les enfants que chez les adolescents, elle peut tout de même survenir. Les résultats d'une étude ont d'ailleurs démontré que des enfants de 6 à 13 ans qui présentaient ce type de comportement de façon répétée avaient un risque accru de progresser vers des comportements plus dangereux avec le temps [Grenville *et al.*, 2012].

c) Moments critiques et événements précipitants

Dans le contexte de la LPJ et de la LSJPA, les jeunes hébergés en centre de réadaptation vivent des situations personnelles et familiales difficiles qui peuvent générer de l'anxiété, de la frustration, de l'insécurité, et ce, malgré le soutien offert par les intervenants. Des événements peuvent être particulièrement anxiogènes pour certains jeunes et susceptibles d'avoir un effet sur leur niveau de risque. À cet égard, des données issues de sept rapports du coroner³⁶ ont fait état de certaines situations précédant le suicide de jeunes, notamment l'annonce d'une mauvaise nouvelle, un conflit avec d'autres, une fugue récente, un retrait dans sa chambre.

Le risque suicidaire exige donc le maintien d'une vigilance continue de la part des intervenants puisque le niveau de risque du jeune peut se modifier rapidement dans le temps [Gordon et Melvin, 2014], tout comme la motivation sous-jacente aux comportements d'automutilation [Heath et Nixon, 2009]. Les informations recueillies dans la littérature et auprès des personnes consultées ont permis de répertorier certains moments critiques et événements précipitants. Sans être exhaustif, le tableau 4 intègre quelques-uns d'entre eux.

³⁶ Rapports d'investigation du coroner reliés aux événements de suicide chez des jeunes hébergés en centre de réadaptation (2008 à 2014). Documents transmis par le Bureau du coroner du Québec.

Tableau 4 Exemples de moments critiques et d'événements précipitants

Exemples de moments critiques et d'événements précipitants	
• une mesure de placement • la dénonciation d'une situation • une comparution au tribunal • une exposition au geste suicidaire ou d'automutilation • la rupture d'une relation significative ou amoureuse • une situation d'abandon, de rejet • des pertes relationnelles importantes et récentes	• une situation d'échec • une situation anxiogène • une période de retrait ou d'isolement • une situation d'agression ou d'intimidation • un déménagement ou un changement de milieu d'hébergement • un conflit avec des personnes significatives

Les moments où le jeune peut se trouver seul, comme lors des soins d'hygiène ou lorsqu'il est dans sa chambre, demandent le maintien d'un niveau de vigilance ainsi que d'un environnement sécuritaire tout en respectant son droit à la vie privée. Selon les personnes consultées, une vigilance devrait s'appliquer également lors des périodes de retrait, car celles-ci sont susceptibles de constituer, pour les jeunes, des moments de solitude où les idées négatives risquent de resurgir puisqu'ils ne sont occupés à aucune autre tâche précise, laissant libre cours à leurs pensées. Il devient alors essentiel de prévoir un accompagnement auprès du jeune avant, pendant et après le retrait.

Il est important de considérer ces moments selon le point de vue du jeune, de ne pas sous-estimer ses sentiments et ses traumatismes afin d'éviter de banaliser une situation qui est cruciale pour lui [SCSWIS, 2011]. Avec une vision plus globale de la situation du jeune par la reconnaissance, notamment, de ses facteurs de risque et de protection, des indices de détresse liés au risque suicidaire ou à l'automutilation ainsi que des moments qui peuvent être plus critiques pour lui, une évaluation de son état permettra d'assurer une réponse plus adaptée à ses besoins.

5.2. Évaluation centrée sur la situation du jeune

ORIENTATION CLINIQUE 6

Lorsque des indices de détresse liés au risque suicidaire ou à l'automutilation sont détectés, les intervenants se réfèrent au *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*. Lorsqu'une évaluation auprès des équipes de 2^e ou de 3^e niveau d'intervention est requise, les intervenants de 1^{er} niveau :

- communiquent leurs connaissances de la situation du jeune, du contexte d'intervention et toutes autres informations cliniques, notamment celles documentées à l'aide d'outils ou par l'observation directe, contribuant ainsi au processus d'évaluation.

L'évaluation du risque suicidaire et des comportements d'automutilation est une démarche structurée. Cette étape vise à bien comprendre la dynamique du jeune à travers son fonctionnement, ses forces et ses difficultés sous-jacentes afin de mieux cibler l'intervention. Elle se déroule dans le respect de la réglementation en vigueur au Québec.

Compte tenu de leurs expériences, de leurs observations, de leur connaissance de la situation du jeune et du contexte d'intervention, les intervenants du 1^{er} niveau d'intervention sont en mesure de contribuer de façon significative à cette évaluation en communiquant les informations relatives aux facteurs de risque et de protection, aux indices de détresse observés, aux forces et difficultés, au fonctionnement du jeune et à ses stratégies d'adaptation. Certains outils cliniques sont mis à leur disposition dans les établissements afin qu'ils puissent recueillir et documenter ces informations sur le jeune. Dans le contexte québécois, les personnes consultées ont mentionné plus particulièrement trois outils cliniques utilisés auprès des jeunes hébergés dans certains établissements des CISSS et des CIUSSS, dont la *Grille de soutien à l'observation des indices de psychopathologie et de détresse en vue d'une consultation clinique et médicale*. Cette grille vise à recueillir les informations sur l'état et la situation du jeune âgé de 6 à 17 ans, dont les facteurs de risque et de protection de celui-ci, pour déterminer la pertinence d'une consultation des intervenants de 2^e et 3^e niveau d'intervention et définir les priorités d'intervention. Quant à l'*Outil de suivi de l'état de santé mentale des adolescent(e)s pour les 12-17 ans*, il a été conçu dans une optique de révision et de bonification de la *Grille de soutien à l'observation*. Cet outil vise à documenter les indices de troubles mentaux en émergence ou en présence chez le jeune ainsi que les indices reliés spécifiquement à la problématique du suicide par l'obtention d'informations sur les antécédents, les comportements ainsi que les facteurs de risque et de protection du jeune.

Lorsque des indices de détresse, de risque suicidaire ou d'automutilation sont détectés, l'équipe du 1^{er} niveau doit donc juger de la pertinence de consulter l'équipe de 2^e niveau, ou de 3^e niveau si nécessaire, ou d'y référer le jeune pour, entre autres, une évaluation plus approfondie. Dans le *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*, c'est aux intervenants du 2^e niveau d'intervention que revient la responsabilité d'évaluer l'état de santé mentale du jeune et d'estimer le risque de passage à l'acte suicidaire alors que les intervenants du 3^e niveau d'intervention ont la responsabilité « d'évaluer la présence d'une psychopathologie et, si non réalisée par le 2^e niveau, d'estimer le risque de passage à l'acte suicidaire » [MSSS, 2018, p. 11; p. 14].

Les personnes consultées ont souligné l'utilisation de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* qui vise à soutenir le jugement clinique de l'intervenant pour estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, cibler des leviers d'intervention ainsi que prendre une décision afin d'assurer la sécurité de la personne. La grille, conçue par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, s'adresse aux personnes de 14 ans et plus. Elle formalise l'urgence suicidaire, les facteurs associés au suicide et les facteurs de protection. La grille ne doit pas être administrée comme un questionnaire; elle s'inscrit à

l'intérieur d'une structure d'intervention globale intégrant, entre autres, l'exploration des critères d'estimation de la dangerosité, le travail sur l'ambivalence et le repositionnement ainsi que l'élaboration d'un plan d'action. La grille ne peut être utilisée que par les personnes formées à cet effet (formation de 21 heures, *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*) [Lavoie et al., 2012].

L'utilisation d'outils d'évaluation ne constitue pas une activité réservée selon le PL 21. Le choix d'un outil clinique repose sur plusieurs considérations, notamment sur l'objectif de l'évaluation, les clientèles pour lesquelles l'outil a été standardisé, ses caractéristiques psychométriques ainsi que les compétences requises pour son administration et l'interprétation des résultats. [Office des professions du Québec, 2013, p. 32]. Les outils d'évaluation ne doivent pas être utilisés pour prédire l'occurrence future d'un geste suicidaire ou d'un comportement d'automutilation [NICE, 2011]. Ils permettent seulement d'en estimer le risque et de soutenir le jugement clinique lors du processus d'évaluation [Perlman et al., 2011]. L'utilisation de plusieurs sources et méthodes de collecte d'information est suggérée pour évaluer le risque suicidaire et le comportement du jeune [Barrio, 2007]. Les outils cliniques sont utilisés en complémentarité avec des rencontres individuelles. Les outils qui ont été recensés dans le cadre de la revue de littérature scientifique ont pour but d'évaluer le risque suicidaire, la présence de symptômes de dépression ou de désespoir ou les comportements d'automutilation. Selon les informations recueillies, la passation de plusieurs de ces outils s'effectue sous forme autoadministrée.

Pour les personnes, dont les jeunes, qui éprouvent plus de difficulté à verbaliser leurs émotions, les outils cliniques peuvent être un moyen facilitant l'expression de leur détresse et de leurs émotions [Perlman et al., 2011]. Des résultats d'études rapportent que les jeunes sont plus enclins à exprimer la présence d'idées suicidaires à travers des instruments de mesure plutôt que par une méthode d'entrevue [Esfahani et al., 2015; Barrio, 2007]. Les jeunes qui s'automutilent seraient, quant à eux, moins susceptibles de parler de leurs comportements, sauf s'ils se font poser des questions directes [Heath et Nixon, 2009]. Poser au jeune des questions sur ses intentions suicidaires et sur ses comportements d'automutilation est important [Heath et al., 2018; Dufour et al., 2015; Furnivall, 2013; Glasgow Child Protection Committee, 2006]. La façon dont l'intervenant pose les questions doit rendre le jeune suffisamment confortable pour qu'il y réponde et soit ouvert à en parler et à se confier. Il est important qu'il puisse sentir que l'intervenant est présent pour l'écouter et lui offrir du soutien [Perlman et al., 2011]. Des programmes de prévention du suicide réalisés auprès d'intervenants qui travaillent avec les jeunes, tels que *Question, Persuade, Refer (QPR)*, *RESPONSE* et *Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)*, ont notamment comme objectif d'améliorer les capacités des intervenants à poser des questions au jeune sur sa détresse et ses intentions suicidaires pour lui transmettre, en retour, la bonne information [Coleman et Del Quest, 2015].

5.3. Interventions adaptées aux besoins du jeune dans un contexte de vie de groupe

Le contexte de vie de groupe en centre de réadaptation crée une complexité dans l'intervention en raison, notamment, de la diversité des besoins, des forces et des intérêts de l'ensemble des jeunes et de ceux individuels. Répondre aux besoins individuels de chacun des jeunes dans un contexte de vie de groupe peut constituer un défi pour les intervenants. Tout en soutenant l'expérimentation et le développement d'habiletés et de stratégies reliées à la vie en groupe, les interventions ciblent des objectifs et des moyens individuels pour les jeunes. Ces interventions s'appuient sur des approches cliniques reconnues et sur le jugement clinique de l'intervenant. Certaines régions bénéficient d'unités de traitement individualisé³⁷ permettant d'offrir aux jeunes hébergés une approche d'intervention axée sur leurs besoins particuliers. Bien que ces unités ne soient pas mises en place dans toutes les régions, il n'en demeure pas moins qu'une préoccupation d'offrir des services qui soient plus adaptés à chacun des jeunes est également présente dans les unités dites régulières.

5.3.1 Intervention en contexte de vie de groupe

ORIENTATION CLINIQUE 7

En contexte de vie de groupe, l'intervention vise à trouver un équilibre entre les besoins, les forces et les intérêts de l'ensemble des jeunes et ceux individuels. Ainsi, l'intervention :

- s'appuie sur une programmation clinique et un code de vie qui offrent des repères aux jeunes;
- tient compte de l'influence des pairs, des effets de l'exposition aux manifestations suicidaires et aux comportements d'automutilation et de la possibilité de contagion de ces gestes;
- favorise un climat de groupe et une entraide entre les jeunes.

a) Encadrement dynamique

L'encadrement dynamique se rapporte à la présence et à l'accompagnement qui sont offerts au jeune. Il se concrétise à travers les interventions éducatives et de réadaptation appuyées, notamment, par tous les éléments du programme et de la programmation clinique [MSSS, 2013]. Cet encadrement favorise un milieu sécurisant pour le jeune, ce qui peut lui permettre de s'apaiser et de cheminer en dépit de réactions émotives parfois importantes. La vie de groupe nécessite la mise en place de routines et d'un code de vie pour aider le jeune à bien fonctionner et vivre en groupe [Pelletier-Basque, 2013; ACJQ, 2009]. À cet effet, certaines personnes consultées ont fait part de l'existence de rencontres entre les jeunes visant la résolution de problèmes de situations vécues dans

³⁷ L'unité de traitement individualisé (UTI) est un milieu qui héberge des jeunes présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, en plus de présenter des troubles de comportements [MSSS, 2016]. Cette unité vise à offrir aux jeunes pour lesquels l'unité de réadaptation régulière n'est pas adaptée un milieu qui pourra mieux répondre à leurs besoins spécifiques [Pelletier-Basque, 2013].

le quotidien. Pour assurer une intervention de groupe qui soit positive, il est nécessaire de bien structurer les activités cliniques et les discussions de groupe [Richardson *et al.*, 2012]. Selon les personnes consultées, il est d'ailleurs important de bien planifier et évaluer ces activités cliniques.

Toutefois, dans son *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, l'INSPQ [2004] recommande de ne pas mettre en place des activités de groupe de sensibilisation à la réalité du suicide qui s'adresse à des jeunes vulnérables, dont ceux ayant déjà fait une tentative de suicide. Des experts ont exprimé des craintes que ces activités puissent engendrer une banalisation de la problématique du suicide ou un effet d'imitation. Chagnon [2007b] fait également une mise en garde qui va dans le même sens sur les effets potentiellement négatifs de ce type d'activité pour des jeunes vulnérables. De plus, le fait de ne pas connaître l'état émotionnel de tous les jeunes du groupe lors d'une telle activité ne permet pas aux intervenants de mesurer les conséquences de celle-ci sur les jeunes [INSPQ, 2004].

b) Influence des pairs

L'influence des valeurs et des comportements des pairs prend une plus grande importance à l'adolescence. Les jeunes cherchent à développer leur indépendance et à s'affranchir des adultes, préférant le contact avec leurs pairs. La place qui est accordée à ces derniers est d'autant plus grande à cette période de leur vie qu'ils auront davantage tendance à partager leurs pensées et les comportements avec leurs amis et d'autres jeunes plutôt qu'avec les adultes [Berger *et al.*, 2013; Mattiace, 2010]. À travers l'apprentissage social et le modelage, l'influence des pairs a des répercussions sur divers comportements, attitudes et symptômes des jeunes. Ces mécanismes montrent que plus un individu est exposé à un comportement, comme un comportement à risque, plus celui-ci peut devenir acceptable et réalisable; ainsi les barrières morales contre ce comportement s'érodent [Mueller et Abrutyn, 2015; Jarvi *et al.*, 2013]. Cela semble encore plus vrai lorsque ces comportements sont effectués par des personnes proches ou significatives. À titre d'exemple, une exposition à des comportements suicidaires pourrait amener le jeune à considérer le suicide comme étant une solution potentielle aux situations de vie stressantes rencontrées [Gérard *et al.*, 2012; Barrio, 2007].

Le désir d'être accepté par les autres dans un groupe peut donc amener les jeunes à reproduire des comportements observés chez ces pairs [Brooks, 2015; Hasking *et al.*, 2013; You *et al.*, 2013; Alfonso et Kaur, 2012]. Les jeunes peuvent s'identifier aux autres sur la base des similarités et des vulnérabilités communes, incluant les comportements suicidaires ou l'automutilation [Jarvi *et al.*, 2013]. Une étude a montré qu'il existe également des similitudes dans les méthodes utilisées pour s'automutiler entre les jeunes et leurs amis, et ce, particulièrement chez ceux qui se coupent ou s'égratignent [Hasking *et al.*, 2013]. Par ailleurs, des chercheurs ont démontré que les adolescents qui s'automutilent ont tendance à se regrouper sur la base d'une compréhension commune des expériences vécues et des émotions ressenties, sans avoir la crainte d'être jugés, voire rejetés à cause de leurs comportements [Mattiace, 2010].

Les médias sociaux peuvent aussi avoir une influence sur le début des comportements d'automutilation pour une clientèle à risque, alors que pour ceux qui ont une histoire d'automutilation, ils peuvent renforcer ces comportements [Jarvi *et al.*, 2013; Deliberto et Nock, 2008]. Des recherches montrent d'ailleurs que les jeunes apprennent grandement des forums sur Internet où ils partagent des techniques utilisées et favorisent les discussions « proautomutilation » [Jarvi *et al.*, 2013]. Les reportages sur le suicide dans les médias ont également un effet sur certaines personnes, particulièrement lorsque l'histoire est répétée et présentée de façon dramatique, que la méthode utilisée est décrite en détail et que la personne peut s'identifier à la personne suicidée [Sarchiapone *et al.*, 2011].

L'influence des pairs et l'exposition aux comportements suicidaires et d'automutilation peuvent être associées à la contagion. La contagion est un phénomène observé dans différents milieux, que ce soit dans la communauté, les écoles ou encore les milieux plus institutionnels [Jarvi *et al.*, 2013; Gérard *et al.*, 2012]. Certaines données démontrent que les jeunes qui présentent des difficultés de régulation des émotions et qui vivent ensemble peuvent accroître leurs difficultés et leurs comportements dysfonctionnels, tels que l'automutilation [Richardson *et al.*, 2012]. Les personnes consultées mentionnent que l'influence des pairs constitue un enjeu dans le contexte de vie de groupe en centre de réadaptation.

Par ailleurs, selon Gérard [2012], la contagion du suicide à l'adolescence est une donnée controversée. Cette controverse se situerait davantage sur le plan des mécanismes responsables de la contagion que sur celui de la présence du phénomène en tant que tel. Certains parlent d'un phénomène lié à l'imitation, à l'apprentissage social, à l'affiliation, à l'identification. Le manque d'études et de connaissances de ces mécanismes sous-jacents à la contagion serait une barrière importante au développement d'interventions efficaces [Pitman *et al.*, 2017; Bohanna, 2013; Cox *et al.*, 2012]. Certaines interventions ont toutefois été mises en œuvre pour réduire la possibilité de contagion à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide pour les personnes exposées à ces événements ou touchées par ceux-ci, bien que peu de stratégies ciblant la contagion du suicide chez les jeunes aient été évaluées. Instaurer une culture positive où la détresse peut être exprimée et être bien comprise par tous peut réduire les risques de contagion potentielle [Furnivall, 2013]. Assurer un suivi auprès des jeunes à risque et offrir un soutien continu qui va au-delà du court terme, si nécessaire, est également important [Cox *et al.*, 2016; Gérard *et al.*, 2012; Séguin *et al.*, 2004].

Pour éviter les risques de contagion à la suite d'un suicide, Séguin [2004] parle plus spécifiquement de postvention. Cette intervention a pour but, à court terme, de circonscrire la crise, d'atténuer ou de réduire les effets associés au stress en plus de prévenir la contagion du suicide. Selon l'auteure, ces interventions doivent être adaptées aux besoins de la clientèle à la suite d'une analyse de la situation, des particularités du milieu et des caractéristiques des personnes touchées par l'événement. Par ailleurs, le recadrage de l'information vise à éviter une dramatisation ou une banalisation reliée à l'événement. Dans un contexte de postvention, il est également important de prévoir des

stratégies de communication pour éviter les rumeurs et une désinformation à la suite d'un suicide.

Sur le plan de l'automutilation, Richardson et ses collaborateurs [2012] proposent quelques pistes d'intervention dans le but de prévenir la contagion sociale entre les jeunes, particulièrement dans un contexte d'intervention de groupe. Selon ces auteurs, il est préférable d'éviter les discussions de groupe sur les antécédents et les répercussions des comportements d'automutilation et d'interdire le partage de détails des histoires d'automutilation. Cela pourrait provoquer un acte d'automutilation chez un jeune ou les autres membres du groupe après la rencontre. Ces éléments devraient plutôt être abordés en rencontre individuelle. Les auteurs suggèrent d'offrir au jeune un enseignement sur les déclencheurs de la contagion sociale, sur les répercussions négatives que peut créer le partage d'histoires d'automutilation, sur les habiletés de communication. De plus, il est important de favoriser le partage d'expériences où les jeunes ont utilisé un comportement de *coping* sain et de susciter l'entraide afin de diminuer les occasions de risque de contagion sociale. Enfin, les auteurs soulignent l'importance de créer un climat positif pour favoriser la confiance et la cohésion de groupe.

5.3.2 Intervention adaptée aux besoins du jeune

ORIENTATION CLINIQUE 8

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation nécessite des interventions individualisées en fonction des besoins spécifiques du jeune dans un milieu de vie le plus normalisant possible. Pour ce faire, les intervenants concernés :

- mettent en place des interventions variées qui renforcent les facteurs de protection et modifient les facteurs de risque du jeune sur lesquels une intervention est possible, pour favoriser le développement de stratégies d'adaptation saines et constructives;
- déterminent les mesures de sécurité requises selon le niveau de risque et la situation donnée;
- impliquent le jeune dans la démarche afin de le responsabiliser par rapport à sa sécurité;
- soutiennent une intervention qui s'appuie, notamment lors de sorties extérieures, sur un plan de sécurité qui offre des repères au jeune quant aux actions à faire et aux personnes à contacter lorsqu'il vit un moment de détresse; ce plan est mis en place en collaboration avec le jeune, sa famille et les personnes significatives.

Bien que le contexte d'intervention en centre de réadaptation s'exerce dans un milieu de vie de groupe, l'intervention demeure individualisée en fonction des besoins spécifiques du jeune, de ses forces, de ses vulnérabilités et de ses caractéristiques personnelles et familiales. Le jeune doit se sentir compris pour être ouvert à l'intégration de nouvelles connaissances et compétences à l'aide des interventions qui lui sont proposées. Selon l'analyse de la situation, l'intervention peut être variée et en évolution pour une réponse globale à ses besoins. Cette intervention est réalisée à l'intérieur d'un milieu de vie le plus normalisant possible.

a) Intervention axée sur les facteurs de risque et de protection

Pour aider un jeune qui présente un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation, des données issues de la littérature et des personnes consultées ont mis en évidence la nécessité de préconiser des interventions qui renforcent les facteurs de protection ou modifient les facteurs de risque dynamiques déjà présents dans la vie du jeune [Heath *et al.*, 2018; Heimsch, 2015; Mugge, 2015; Barnett, 2011; Pronovost *et al.*, 2003]. Par exemple, sur le plan des manifestations suicidaires, des auteurs ont relevé certains facteurs de protection sur lesquels une intervention devrait être axée, notamment l'estime de soi, les stratégies d'adaptation (*coping*), le contrôle de soi et le soutien social. Concernant l'automutilation, les interventions peuvent aborder, entre autres, les fonctions de ce type de comportement, les pensées et émotions de détresse ainsi que soutenir l'acquisition d'habiletés de communication. Par ailleurs, une attention devrait être portée aux interventions adaptées aux jeunes issus de différentes communautés culturelles, notamment en ciblant les facteurs de protection associés à leurs groupes culturels [Henry *et al.*, 2012; Goldston *et al.*, 2008]. À titre d'exemple, le Center for Alaska Native Health Research a élaboré un programme d'intervention basé sur une approche écologique. Ce programme vise à faire la promotion des 12 facteurs de protection déterminés auprès de trois communautés autochtones Yup'ik de l'Alaska (voir l'annexe C). L'intervention offre plusieurs activités qui reflètent les valeurs de la communauté et sont effectuées par le jeune qui est accompagné d'un adulte de cette communauté.

Certaines interventions auprès des jeunes peuvent prendre la forme d'enseignement, de discussion et d'échanges, alors que d'autres sont plus orientées vers des activités non verbales, laissant place à de la créativité ou à des exercices pratiques. Des interventions peuvent également être assistées par ordinateur. À titre d'exemple, le programme *Reframe-IT* (voir l'annexe C), offert virtuellement et inspiré des thérapies cognitivo-comportementales, s'adresse aux jeunes de 14 à 18 ans qui présentent des idées suicidaires [Hetrick *et al.*, 2017]. Le programme vise à réduire les idées suicidaires, les symptômes de dépression et le degré de détresse psychologique des jeunes. L'intervention, qui s'échelonne sur une période de dix semaines, se compose de huit modules sous forme de vidéos présentant des mises en situation réalisées par des jeunes et illustrant les principaux thèmes. Ceux-ci touchent, notamment, l'identification des problèmes, la reconnaissance des émotions et la tolérance à la détresse, l'identification des pensées automatiques négatives, les comportements positifs, la résolution de problèmes et la restructuration cognitive. Les vidéos sont suivies d'une présentation par un psychologue qui explique les concepts et les principes d'intervention qui y sont présentés. Les jeunes peuvent également communiquer avec un psychologue qui supervise l'intervention. Au terme du programme, les jeunes ont connu une diminution de leurs symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que de leurs idées suicidaires. Les auteurs de l'étude considèrent qu'une intervention telle que *Reframe-IT* constitue une ressource additionnelle pouvant être utilisée par les jeunes présentant un risque de suicide.

L'intervention axée sur les facteurs de risque et de protection peut se faire, notamment, en ciblant les compétences à développer et celles sur lesquelles l'intervention peut miser.

Régulation des émotions et tolérance à la détresse

Certaines interventions axées sur la régulation des émotions visent à aider le jeune à développer des stratégies pour mieux reconnaître et exprimer ses émotions et à prendre des moyens pour assurer une gestion plus efficace de celles-ci [Sadeh *et al.*, 2014; Barnett, 2011; Pronovost *et al.*, 2003]. Ces stratégies permettraient au jeune d'améliorer sa capacité de contrôle de soi et de diminuer ses réactions impulsives. L'impulsivité est d'ailleurs un indice d'alerte significatif chez l'enfant [Heimsch, 2015]. Les manifestations suicidaires chez celui-ci peuvent être impulsives et non planifiées, les émotions étant plus exécutées que verbalisées [Couture et Thivierge, 2017]. L'impulsivité est également associée au risque suicidaire et aux comportements d'automutilation chez les adolescents [Heath *et al.*, 2018; Chagnon, 2007b]. Les résultats de l'étude de Laurier et Chagnon [2011] ont souligné que les jeunes contrevenants qui présentent un risque suicidaire démontrent une impulsivité tant cognitive que motrice.

Le développement de stratégies de tolérance à la détresse peut aider le jeune à rendre la situation de détresse plus supportable à court terme et peut ainsi réduire les comportements impulsifs [Heath *et al.*, 2018]. Ces stratégies sont particulièrement pertinentes pour une clientèle qui présente, notamment, des comportements d'automutilation. Cela peut se faire par le choix de moyens pour se distraire ou par des activités apaisantes. Par exemple, certaines personnes consultées ont fait mention d'activités de zoothérapie ou de l'utilisation de salles d'apaisement, qui peuvent être des moyens pour aider le jeune à se détendre dans un environnement calme et sécurisant. Des moyens d'intervention visant la gestion du stress, tels que l'apprentissage de techniques de relaxation et de respiration, sont aussi mentionnés. Également, des exercices de pleine conscience visent à aider le jeune à apprendre à demeurer centré dans le moment présent, à réduire les ruminations et à s'accepter sans jugement [Heath *et al.*, 2018; Klingbeil *et al.*, 2017].

Stratégies d'adaptation (*coping*) et résolution de problèmes

Selon Lazarus et Folkman [1984, cité dans Dumont *et al.*, 2004], les stratégies de *coping* représentent des efforts cognitifs et comportementaux qui sont déployés par une personne afin de maîtriser, diminuer ou tolérer les exigences internes ou externes d'une situation de stress qui dépasse ses ressources personnelles. Le *coping* inclut les actions associées à la résolution de problèmes, mais aussi aux comportements de communication et d'opérations cognitives. Les adolescents recevant des services de protection de la jeunesse ainsi que les jeunes contrevenants qui présentent un risque suicidaire démontrent davantage de stratégies de *coping* non productives [Laurier et Chagnon, 2010; Dumont *et al.*, 2004; Pronovost *et al.*, 2003]. Face à une situation difficile, ils peuvent adopter, à titre d'exemple, des stratégies telles que ne rien faire, ignorer la difficulté, avoir une pensée magique, se blâmer, ne pas en parler.

Il est alors important de soutenir le jeune dans le développement de stratégies de *coping* plus productives pour qu'il puisse mieux répondre aux situations difficiles, rechercher davantage l'aide nécessaire pour le soutenir, améliorer sa capacité de résolution de problèmes et utiliser des moyens de substitution aux comportements d'automutilation [Richardson *et al.*, 2012; Barnett, 2011; Pronovost *et al.*, 2003]. Il peut s'agir, par exemple, de rechercher des activités physiques ou relaxantes, de se centrer sur le positif ou sur la résolution de problèmes. Les stratégies de résolution de problèmes peuvent aider le jeune à développer sa capacité à faire des choix qui sont bons pour lui. Une des interventions recensées dans le cadre des travaux, s'échelonnant sur une période de six semaines et basée sur les étapes de la résolution de problèmes³⁸, a démontré une diminution du potentiel suicidaire et des symptômes dépressifs ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi chez des adolescents et jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de dépression (voir l'annexe C) [Eskin *et al.*, 2008].

Estime de soi

Certains auteurs suggèrent de privilégier des cibles d'intervention pour aider le jeune à modifier ses perceptions [Mugge, 2015; Arpin et Montminy, 2014; Barnett, 2011; Pronovost *et al.*, 2003]. Par exemple, il peut s'agir d'amener le jeune à adopter une perception de lui-même plus positive, à modifier ses perceptions et ses pensées face à une situation, à diminuer ses croyances négatives, à mieux comprendre ses comportements et ceux des autres, à améliorer son image corporelle ou à prendre conscience des sensations corporelles et des émotions y étant associées. Certaines interventions brèves réalisées en milieu scolaire auprès de jeunes adolescents ont démontré des améliorations significatives. Ces interventions avaient comme objectif d'améliorer les compétences adaptatives des jeunes, notamment sur le plan de l'estime de soi et de la gestion de la colère, d'améliorer leurs connaissances, dont les facteurs de risque associés au suicide, afin de pouvoir demander de l'aide ou pour diminuer les mythes y étant associés [King *et al.*, 2011].

Les activités qui procurent au jeune un sentiment d'accomplissement peuvent constituer un vecteur positif pour améliorer l'estime de soi. En effet, l'intervention auprès du jeune peut renforcer sa croyance en ses compétences personnelles. L'association significative entre les comportements suicidaires et le manque de croyance en ses propres possibilités dans la vie met en évidence la nécessité de soutenir le jeune afin qu'il puisse donner un sens à son existence et retrouver l'espoir [Alfonso et Kaur, 2012].

Habiletés sociales et de communication

Le développement d'habiletés sociales et de communication est un autre élément sur lequel miser auprès du jeune. Des auteurs soulignent l'importance de l'aider à briser l'isolement, de l'amener à prendre appui sur des personnes pouvant l'accompagner lors de moments difficiles et de le soutenir dans l'établissement de relations sociales positives pour favoriser le développement d'un réseau social positif [Furnivall, 2013].

³⁸ Les étapes de la résolution de problèmes sont les suivantes : la définition des problèmes, l'établissement de buts à atteindre, la recherche de solutions alternatives, le choix de la meilleure option, l'implantation de la solution, l'évaluation.

Pronovost *et al.*, 2003]. Il importe également de l'amener à améliorer ses habiletés de communication fonctionnelle, à trouver des moyens de remplacement de ses comportements pour exprimer ou demander de l'aide [Mugge, 2015; Barnett, 2011]. Sur ce point, la littérature rapporte des barrières qui empêchent les jeunes présentant des idées suicidaires de demander de l'aide. Celles-ci sont liées, entre autres, à des préoccupations sur la confidentialité, la peur de la stigmatisation, la perception négative des adultes, la crainte d'être hospitalisé ou de subir des conséquences négatives à la suite de leur révélation [Joshi *et al.*, 2015]. Certains jeunes ont rapporté ne pas vouloir être un poids pour leur famille et préférer affronter seuls leurs difficultés [Berger *et al.*, 2013].

Exemples d'interventions mises en place en centre de réadaptation

Les modèles théoriques préconisés dans les centres de réadaptation permettent aux intervenants de s'appuyer sur des postulats et des concepts définis pour soutenir et outiller les jeunes en difficulté d'adaptation, dont ceux présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation. Ils peuvent les guider dans le choix des objectifs et des moyens d'intervention à mettre en place pour répondre aux besoins des jeunes tout en favorisant l'utilisation d'un langage commun. Il s'agit principalement du modèle psychoéducatif et des approches cliniques complémentaires³⁹. Le modèle psychoéducatif préconise l'établissement d'une relation à travers le vécu partagé entre l'intervenant et le jeune, en utilisant le milieu de vie de celui-ci et en le soutenant dans sa démarche vers un meilleur équilibre par rapport à lui-même et à son entourage [Gendreau, 2001]. Ce modèle, basé sur une intervention rigoureuse et systématique, s'appuie, d'une part, sur huit opérations professionnelles qui sont fondamentales au savoir-faire dans l'intervention et, d'autre part, sur une structure d'ensemble définie par 13 composantes qui représentent la conception d'un milieu de vie global et dynamique [Le Blanc, 2011].

Des programmes d'intervention axés sur le développement de compétences et qui abordent, entre autres, les facteurs de risque et de protection des jeunes présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation sont mis en place dans certains centres de réadaptation. Certains d'entre eux font l'objet de travaux de recherche. À titre d'exemple, le programme *Déstresse et Progresse*, créé par le Centre d'étude sur le stress humain, s'inscrit dans un projet de recherche Iso-stress. Une adaptation de ce programme est déployée dans certaines unités de réadaptation et certains foyers de groupe auprès d'une clientèle adolescente. Ce programme vise à enseigner aux jeunes ce qu'est le stress et quels sont ses effets ainsi qu'à favoriser l'acquisition de stratégies centrées sur les émotions ou sur le problème afin de diminuer leurs réponses aux situations stressantes vécues [Massé et Plusquellec, 2018]. Également, le modèle d'intervention ARC (attachement-régulation-compétence) a été déployé dans des CISSS et les CIUSSS. Ce modèle d'intervention, axé sur une approche systémique, a été conçu pour des jeunes ayant vécu diverses expériences traumatiques. Il vise à offrir des

³⁹ Pour plus d'informations, voir le *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ. Programme-services Jeunes en difficulté*, du MSSS [2013].

interventions pour répondre aux besoins de ces jeunes en ciblant trois sphères, soit l'attachement, la régulation des émotions et le développement des compétences. Pour favoriser les apprentissages, différents outils cliniques sont disponibles et peuvent s'appliquer à l'intérieur même de la programmation individuelle et de groupe [Collin-Vézina *et al.*, 2017; Collin-Vézina et Milne, 2014].

b) Intervention visant à assurer la sécurité du jeune

Lorsque la situation le requiert et en présence de certains indicateurs, des mesures pour assurer la sécurité du jeune devraient être appliquées afin de le protéger et de prévenir un passage à l'acte. Ces mesures ainsi que la détermination du niveau de surveillance sont établies selon la situation et le niveau de risque. Il peut s'avérer pertinent de consulter l'équipe de 2^e niveau d'intervention.

Les personnes consultées soulignent l'importance de faire part au jeune des préoccupations le concernant, de lui expliquer les mesures de sécurité mises en place à son endroit et les raisons qui conduisent à l'application de ces mesures. Il peut s'agir, par exemple, d'un accompagnement constant ou d'un retrait d'objets personnels ou de mobilier pouvant être utilisés pour un passage à l'acte. Impliquer concrètement le jeune dans cette démarche pour le responsabiliser et l'aider à trouver des solutions plus saines constituent des moyens pour le soutenir dans son cheminement et favoriser sa collaboration pour assurer sa propre sécurité. De plus, il demeure important de réviser régulièrement le niveau de risque afin de revoir la pertinence des mesures de sécurité mises en place. Il est à noter qu'un changement temporaire de milieu de vie dans un environnement plus encadré peut aussi être possible afin d'assurer la sécurité du jeune lorsque sa situation le requiert. Le Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif précise les critères pour lesquels un jeune peut être admis dans un tel milieu d'encadrement⁴⁰.

Par ailleurs, selon l'*Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés* [CDPDJ, 2017], des répondants des établissements disent renforcer le rôle des agents d'intervention sur le plan clinique. Il semble que la qualité du lien entre l'agent d'intervention et le jeune puisse permettre d'empêcher une escalade, de prévenir l'utilisation de mesures de contrôle ou, lorsque c'est requis, de faciliter l'application de ces mesures. « Dans la pratique, ceci se traduit par la création de liens entre les jeunes des unités et les agents d'intervention, par l'implication de ces derniers dans la vie quotidienne des jeunes. On désire ainsi éviter que les agents d'intervention n'aient qu'un rôle exclusivement disciplinaire. » [CDPDJ, 2017, p. 36-37].

⁴⁰ À noter qu'en octobre 2017, le projet de loi no 99 (Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions) a été sanctionné. Celui-ci implique notamment des modifications importantes au Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif.

Plan de sécurité

Le plan de sécurité est un outil d'intervention pouvant être utilisé auprès d'un jeune qui présente un risque suicidaire, mais non un danger imminent de passage à l'acte, ou qui présente des comportements d'automutilation. Cet outil permet de déterminer les différentes actions à mettre en place et les ressources à cibler lorsque le risque est identifié [Heath *et al.*, 2018; Gray et Dihigo, 2015]. Il est élaboré dans un processus de collaboration avec le jeune et sa famille et peut être utilisé, notamment, lors d'une sortie. Plus spécifiquement, les étapes du plan sont de reconnaître les indices de détresse, de cibler les stratégies adaptatives auxquelles le jeune peut recourir afin d'atténuer son moment de détresse (activités physiques, techniques de relaxation, etc.), d'impliquer les personnes significatives ainsi que les ressources disponibles pouvant l'accompagner dans la gestion de sa situation et finalement de déterminer les moyens pour rendre l'environnement sécuritaire et restreindre l'accès aux moyens létaux [Stanley et Brown, 2012]. Ainsi, lors d'un moment de détresse, le jeune pourra se référer à son plan et utiliser les stratégies d'adaptation ciblées pour l'aider ou contacter les personnes inscrites sur sa liste. Les personnes consultées ont mentionné qu'un outil semblable est utilisé auprès des jeunes en centre de réadaptation nommé Facepub⁴¹. Cet outil constitue un plan d'urgence et permet de repérer les indices de détresse et les moments pouvant être considérés comme critiques pour le jeune. De plus, des informations sur ses forces, ses aspirations, ses activités, ses ressources sont consignées dans cet outil.

Il est à noter que le plan de sécurité diffère d'un contrat anti-suicide ou anti-automutilation [Heath *et al.*, 2018; Gray et Dihigo, 2015; Gordon et Melvin, 2014; Stanley et Brown, 2012]. Ce dernier réfère plutôt à un engagement verbal ou écrit de la part du jeune de ne pas s'engager, par exemple, dans des comportements suicidaires. Ce contrat anti-suicide ou anti-automutilation ne fait pas mention de moyens que le jeune peut utiliser en cas de détresse. Selon certains auteurs, ce type de contrat ne permet pas de réduire les comportements suicidaires et n'est pas efficace si l'intervenant ou le médecin n'a pas préalablement établi une relation significative avec le jeune.

5.3.3 Intervention à la suite d'un événement potentiellement traumatique

ORIENTATION CLINIQUE 9

Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets physiques et psychologiques, ce qui nécessite la mise en place d'actions immédiates axées sur les premiers soins psychologiques. Ces actions :

- visent à diminuer les réactions de stress et à répondre aux besoins de base des personnes en leur procurant une sécurité, du réconfort, du soutien, de l'information et un accompagnement dans les démarches nécessaires;
- facilitent l'orientation des personnes qui requièrent des services spécialisés vers des professionnels dûment autorisés selon leur champ d'exercice.

⁴¹ Extrait de la formation *Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide : notre rôle et nos responsabilités*. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ), CIUSSS de la Capitale-Nationale.

En contexte d'hébergement en centre de réadaptation, les risques d'être exposé à une tentative de suicide, à un suicide ou à des gestes d'automutilation graves de la part d'un jeune sont réels. Ces événements sont susceptibles d'affecter autant les jeunes du groupe, les intervenants, les gestionnaires et autres membres du personnel que les familles et les proches. Ces événements vécus en tant que témoin sont considérés dans le DSM-5 [APA, 2015] comme étant potentiellement traumatiques. On retrouve dans cette catégorie le fait d'être témoin d'une blessure grave ou d'une menace de blessure grave, d'une mort non naturelle, de l'abus physique ou sexuel subi par une autre personne à la suite d'une agression violente, de violences domestiques, d'un accident, d'une guerre. L'exposition indirecte à un tel événement (en l'apprenant par un tiers) peut également être traumatique si l'événement, tel qu'une agression, le suicide, un accident grave ou des blessures graves, concerne des parents proches ou des amis.

Le terme « potentiellement » traumatique utilisé dans le DSM-5 vise à souligner le fait que les réactions face à de tels événements varient grandement d'une personne à l'autre. La plupart des personnes présenteront une certaine détresse psychologique. D'autres expérimenteront des réactions de stress temporaires, telles que la peur, l'impuissance, des perturbations du sommeil ou de l'appétit. Pour une minorité de personnes, la réaction au stress sera envahissante et persistante. On parlera alors d'un épisode de stress aigu si les symptômes se résorbent dans le mois suivant l'événement, et d'un trouble de stress post-traumatique s'ils perdurent pour plus d'un mois ou apparaissent après un mois. La prévalence à vie du trouble de stress post-traumatique est estimée entre 5 et 10 % chez les adultes, mais serait beaucoup plus rare (0,5 %) chez les enfants [Phoenix Australia, 2013].

a) Efficacité des interventions offertes à la suite d'un événement potentiellement traumatique

Les interventions recensées dans la littérature à la suite d'un événement potentiellement traumatique sont très variées, mais peuvent généralement être regroupées sous deux grandes catégories : les interventions précoces pour toutes les personnes exposées à l'événement et les interventions pour les personnes qui présentent des réactions de stress post-traumatique.

Les interventions précoces visent à prévenir les conséquences psychologiques néfastes chez les personnes exposées à l'événement. L'intervention de cette catégorie la plus connue et la plus controversée est le *débriefing* psychologique. Celui-ci est toutefois de plus en plus délaissé en faveur d'interventions dites de premiers soins psychologiques. Les interventions qui ciblent les personnes avec des réactions de stress post-traumatique relèvent de la psychothérapie et doivent être effectuées par des professionnels formés et accrédités [Prieto *et al.*, 2010]. On retrouve entre autres dans cette catégorie, la thérapie psychodynamique brève, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma et la thérapie sur la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires⁴². Dans le contexte des centres de réadaptation, ces interventions peuvent être effectuées par les équipes de 2^e ou de

⁴² EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy.

3^e niveau d'intervention ou en collaboration avec des partenaires externes et ne sont donc pas couvertes dans le présent cadre de référence.

Le débriefing psychologique

Le *débriefing* psychologique, ou *Critical incident stress debriefing* sous son appellation d'origine, est une intervention de crise développée dans les années 80 pour intervenir auprès du personnel d'urgence [Mitchell, 1983]. Le *débriefing* est axé sur l'expression des émotions vécues face à l'événement traumatique au cours d'une séance d'intervention unique offerte en groupe dans les 24 à 72 heures après l'événement. Le *débriefing* a connu une popularité grandissante dans les années 90 et a été utilisé auprès de personnes ayant vécu ou été témoins d'une grande variété d'événements traumatiques. Cette popularité serait en grande partie attribuable à des preuves d'efficacité basées sur le rapport subjectif des personnes ayant reçu l'intervention dans des études sans groupe témoin [Marchand *et al.*, 2003].

De fait, les études randomisées avec groupes témoins n'ont pas permis de démontrer l'efficacité du *débriefing*. Le groupe Cochrane a publié sa première revue systématique sur l'efficacité du *débriefing* en 1997, laquelle a été mise à jour en 2004 et en 2009 [Roberts *et al.*, 2009]. Les résultats des 15 études incluses dans la mise à jour de 2009 indiquent qu'une séance unique de *débriefing* ne permet pas de prévenir le développement de troubles post-traumatiques ni de réduire la détresse psychologique ou la sévérité des symptômes chez des personnes de 16 ans et plus exposées à un événement traumatique. Pour ces études, cependant, les personnes ont été recrutées dans des hôpitaux, des cliniques médicales et des cliniques spécialisées dans le traitement des traumatismes ou dans des postes de police. Les échantillons étaient composés de grands brûlés, de victimes d'actes criminels, de morsures, d'agression, d'accidents de travail et de la route, de soldats en mission de paix et de femmes ayant fait une fausse couche. La durée du *débriefing* variait entre vingt minutes et une heure et celui-ci était offert dans un délai de quelques heures à un mois suivant l'événement. Les sept études incluses dans la revue systématique de Pfefferbaum [2015] ont, quant à elles, été réalisées auprès d'enfants et d'adolescents âgés de 6 à 18 ans victimes d'un accident de la route, d'une prise d'otage, d'un désastre maritime et d'enfants exposés à la guerre ou au suicide d'un pair. Dans la majorité des études, l'intervention de *débriefing* était offerte en groupe et dans un délai d'un jour à six mois après l'événement. Selon ces études, le nombre de séances variait entre une seule et sept séances. Selon les auteurs, la faible qualité des études et les résultats diffusés ne permettent pas de conclure sur l'efficacité du *débriefing*. De même, les résultats de l'étude où le *débriefing* (une seule séance) a été offert en milieu scolaire à la suite d'un suicide d'un pair n'ont révélé aucune différence significative quant aux symptômes de deuil et de stress post-traumatique.

Le manque de données probantes en faveur du *débriefing* a amené plusieurs guides de pratique à déconseiller le recours à cette intervention autant pour les adultes que pour les enfants [Phoenix Australia, 2013; Foa, 2009a; Foa, 2009b; NICE, 2005].

Les interventions axées sur les premiers soins psychologiques

Les guides de pratique recensés recommandent plutôt des interventions axées sur les premiers soins psychologiques [Phoenix Australia, 2013; NICE, 2005]. Ces interventions visent à réduire la détresse psychologique et à répondre aux besoins de base de la personne à la suite d'un événement potentiellement traumatique en lui procurant du réconfort, du soutien, de l'information et un accompagnement dans les démarches pour répondre aux besoins immédiats. Ces premiers soins psychologiques sont basés sur le fait qu'un soutien social déficient et un manque de ressources dans les suites immédiates d'un événement potentiellement traumatique sont considérés comme des éléments de stress additionnel pouvant aggraver la réaction de stress initial. Ces soins sont offerts à toutes les personnes ayant vécu l'événement potentiellement traumatique ou y ayant été exposées. Les premiers soins psychologiques se composent de huit principales actions [Phoenix Australia, 2013; Brymer *et al.*, 2012] (traduction libre) :

1. Établir un contact et s'engager auprès de la personne d'une façon non intrusive et aidante, et ce, avec compassion.
2. Assurer une sécurité immédiate et continue tout en procurant un confort physique et émotionnel à la personne.
3. Stabiliser la personne si elle est désorientée et submergée pour l'aider à se calmer.
4. Recueillir l'information pour déterminer les besoins immédiats et les préoccupations de la personne en vue d'ajuster la suite des interventions.
5. Fournir une aide immédiate pour répondre aux préoccupations et aux besoins immédiats de la personne.
6. Mettre en place le soutien social en établissant des contacts auprès des personnes significatives pour la personne touchée ou des ressources de la communauté.
7. Fournir de l'information à la personne, notamment sur les réactions de stress et les stratégies pour réduire la détresse et optimiser les stratégies adaptatives.
8. Établir un lien avec les services appropriés dont la personne peut avoir besoin dans l'immédiat et dans un temps futur et lui fournir de l'information sur ces services.

Les premiers soins psychologiques s'inscrivent dans les principales recommandations émises par les guides de pratique qui sont les suivantes [Phoenix Australia, 2013; NICE, 2005] (traduction libre) :

Pour les enfants et les adolescents

- Les intervenants doivent être sensibilisés et proactifs dans l'évaluation des répercussions psychologiques potentielles et être prêts à procurer de l'assistance immédiate, incluant une référence à des services spécialisés, si cela est requis.
- L'information fournie aux enfants et aux adolescents à la suite d'un événement potentiellement traumatique peut inclure : a) de l'information sur les répercussions possibles; b) le renforcement des stratégies d'adaptation existantes et de nouvelles

stratégies positives; c) des informations sur la façon d'obtenir de l'aide additionnelle, si cela est requis; et d) les signes susceptibles d'indiquer que cette aide est requise.

- L'intervention psychologique doit être intégrée dans une approche de soins par étapes impliquant les parents et les intervenants et inclure de la surveillance ainsi qu'une évaluation et une intervention ciblées, si cela est requis.
- Les premiers soins psychologiques peuvent être appropriés pour les enfants immédiatement après l'événement dans la mesure où ceux-ci peuvent avoir accès à des intervenants en santé mentale en cas de besoin.
- Pour les interventions en milieu scolaire, un modèle intégrant des enseignants et des intervenants du milieu de la santé, favorisant le soutien et la référence, lorsque c'est approprié, est recommandé.

Pour les adultes et les intervenants

- Il est important d'offrir du soutien émotionnel et pratique, faciliter les moyens pour gérer la détresse et accéder à du soutien social, et promouvoir les attentes de répercussions positives.
- Il est important de permettre aux adultes qui le souhaitent et qui démontrent une capacité à tolérer la détresse associée à l'événement d'en parler, tout en ayant à l'esprit les effets néfastes d'une ventilation excessive chez les personnes qui sont très perturbées.
- Une approche de soins par étapes adaptée à la sévérité et à la complexité des besoins de l'individu est recommandée. Celle-ci implique une surveillance continue des personnes qui sont plus perturbées ou qui risquent davantage de subir des conséquences négatives pour leur santé mentale. Cette approche de soins implique également une évaluation et une intervention ciblées, si cela est requis.
- Tous les intervenants en santé et en services sociaux doivent être conscients des répercussions psychologiques potentielles à la suite d'un événement traumatique et en tenir compte dans les soins immédiats qu'ils procurent aux victimes en leur offrant du soutien pratique, émotionnel et social.

En somme, les interventions axées sur les premiers soins psychologiques, n'étant pas considérées comme des interventions spécialisées, peuvent être réalisées par différents intervenants. Dans le contexte du centre de réadaptation, les équipes de 2^e niveau, une équipe d'intervention post-traumatique ou des partenaires externes peuvent offrir du soutien aux intervenants de 1^{er} niveau d'intervention, aux jeunes et à l'entourage lorsqu'un événement potentiellement traumatique survient. Des informations recueillies durant les travaux auprès de certains établissements nous ont permis de constater que des modalités sont mises en place pour soutenir le déploiement d'actions immédiates à poser auprès de personnes touchées par un événement potentiellement traumatique. Ces interventions peuvent s'inscrire, notamment, à l'intérieur de politiques et de procédures. Ces actions visent, notamment, à :

- sécuriser la personne et lui assurer une présence;
- demander l'aide requise;
- offrir les soins physiques à la personne et organiser le recours aux services de santé, si cela est requis;
- informer la ou les personnes touchées des mesures en cours et des étapes à venir pour gérer la situation.

Par ailleurs, le *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire* souligne l'importance, pour les établissements, de mettre en place des mécanismes d'accompagnement et de soutien pour les personnes touchées à la suite d'un suicide, d'une tentative de suicide ou après certaines désorganisations aiguës en santé mentale [MSSS, 2018].

6. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

La gestion du risque suicidaire et de l'automutilation des jeunes hébergés en centre de réadaptation implique que les CISSS et les CIUSSS aient des pratiques organisationnelles qui, bien qu'elles ne soient pas réservées exclusivement à ces problématiques, permettent de soutenir et d'encadrer les pratiques cliniques. La mise en place de mesures pour assurer la sécurité du jeune, de mécanismes assurant une gestion de l'information clinique efficace et de modalités de formation et de soutien clinique des intervenants en fait partie. Il est à noter que les établissements qui sont agréés par Agrément Canada doivent se conformer aux Pratiques organisationnelles requises (POR)⁴³ déterminées par cette instance, notamment celles sur la prévention du suicide et sur le transfert de l'information aux points de transition de soins, et ce, dans le but d'améliorer la qualité de la prestation sécuritaire des soins et services.

Par ailleurs, comme le précise le *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire*, lors d'un suicide, d'une tentative de suicide grave ou de certaines désorganisations aiguës en santé mentale, effectuer une analyse critique de l'événement permet une réflexion sur la signification et la portée de celui-ci. Cette analyse permet également de déterminer les mesures à mettre en place pour diminuer les risques potentiels de récurrence, et ce, dans un but d'amélioration continue [MSSS,2018].

6.1. Sécurité du milieu de vie

ORIENTATION CLINIQUE 10

La sécurité du jeune dans son environnement est une responsabilité organisationnelle qui s'appuie sur une collaboration des directions concernées. Ainsi, conformément aux lois qui encadrent les pratiques de sécurité et aux réglementations ministérielles, les établissements s'assurent que :

- les directives, les politiques et les procédures en vigueur, notamment celles entourant la limitation de l'accessibilité aux moyens létaux, la gestion des produits dangereux et des médicaments ainsi que la mise en place de mesures particulières ou exceptionnelles (ex. : fouille, saisie, contention, isolement), sont connues et comprises de tous les intervenants et membres du personnel impliqués auprès des jeunes;
- les interventions réalisées auprès de la clientèle sont conformes à ces directives, politiques et procédures dans l'établissement.

⁴³ Pour plus d'informations, voir Pratiques organisationnelles requises (POR) [site Web], disponible à : <https://accreditation.ca/ca-fr/pratiques-organisationnelles-requises/>.

La sécurité du jeune dans son milieu d'hébergement est une responsabilité organisationnelle et partagée entre différentes directions dans les établissements. Les lois qui encadrent les pratiques de sécurité et les réglementations ministérielles viennent guider les établissements à cet effet. Selon les personnes consultées, la mise en place de directives, de politiques et de procédures vient baliser l'environnement statique du milieu d'hébergement, que ce soit en ce qui concerne la gestion des médicaments et des produits dangereux; les niveaux de surveillance applicables; les mesures reliées aux fouilles et aux saisies; les mesures d'isolement et de contention. Il est important que ces directives, politiques et procédures soient connues et comprises de tous les intervenants et membres du personnel impliqués auprès des jeunes pour qu'elles soient appliquées conformément aux attentes. Par ailleurs, bien que les vêtements anti-suicide soient utilisés dans certains établissements, il n'y a pas, à notre connaissance, d'orientation provinciale spécifique pour leur utilisation. De plus, notre recension de littérature ne nous a pas permis de relever des données d'efficacité en lien avec ce type de vêtements, car les études sur le sujet semblent plutôt limitées.

a) Gestion de la médication

Au Québec, la gestion de la médication s'effectue dans le respect des règles en matière de prestation sécuritaire des services dans les établissements. Elle doit s'appuyer sur une responsabilité partagée entre les membres du personnel dans les centres de réadaptation, que ce soit l'éducateur, l'infirmière, le chef de service, le gestionnaire du service de santé ou autres, pour qu'elle se déroule de façon sécuritaire tout en maintenant la qualité des interventions. Les médicaments des jeunes sont donc tenus sous clé en tout temps dans un espace réservé à cet effet. De plus, les informations relatives à la médication (notamment celles associées à son administration, aux conséquences d'une omission et à ses effets) doivent être complètes, mises à jour dans le dossier du jeune et facilement accessibles pour les membres du personnel.

L'intervenant qui a la responsabilité d'administrer la médication s'assure que le jeune a bien pris la dose prescrite et au moment prévu. Cet élément est important puisque la prise de médicaments découle d'une consultation médicale à cet effet et qu'elle peut contribuer à l'amélioration du bien-être physique et émotionnel du jeune dans son processus d'aide et de réadaptation, les médicaments étant utilisés pour contrer la maladie et favoriser un retour à la santé. Il est important que les intervenants assurent une supervision étroite et un suivi rigoureux des besoins du jeune en ce qui concerne la médication selon son âge, son degré de maturité et son niveau d'autonomie. Une vigie particulière doit être exercée, notamment lors des périodes de sorties d'un jeune puisqu'il est possible qu'il ait accès à certains médicaments qui peuvent avoir des effets potentiellement délétères sur sa condition. Pour toutes ces raisons, les intervenants doivent être bien informés des enjeux reliés à l'administration et au suivi de la médication [ACJQ, 2011].

Par ailleurs, certains auteurs rapportent qu'un meilleur contrôle de certains médicaments a permis une diminution du taux de suicide par ingestion médicamenteuse, mais celle-ci demeure un moyen léthal répandu dans le monde [Heimsch, 2015; Sarchiapone *et al.*, 2011]. L'Organisation mondiale de la Santé [OMS, 2018] suggère d'ailleurs, lorsqu'une

médication est prescrite aux personnes présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation, de privilégier une médication qui soit la moins dangereuse possible en cas de surdose intentionnelle.

b) Restriction de l'accessibilité aux moyens létaux

La restriction de l'accessibilité à des moyens létaux, tels que les armes à feu, les pesticides, les gaz toxiques, les médicaments et les endroits en hauteur présentant un risque, a permis d'abaisser les taux de suicide liés à ces moyens dans plusieurs pays du monde [Sarchiapone *et al.*, 2011; INSPQ, 2004]. La restriction est particulièrement efficace lorsqu'il n'y a pas de substitution disponible pour un moyen, lorsqu'il est très léthal, populaire et facilement accessible. Toutefois, selon la recension de Sarchiapone [2011], il est difficile, dans la population générale, de restreindre l'accès à la pendaison. Celle-ci peut cependant être plus limitée dans certains milieux institutionnels, comme les hôpitaux ou les prisons, notamment par la mise en place de chambres sécuritaires. Selon ces auteurs, une étude réalisée en milieu hospitalier a rapporté que près de 33 % des pendaisons avaient eu lieu dans les toilettes ou les salles de bain. À la lumière de ces résultats, ils soulignent que les patients présentant un risque élevé de passage à l'acte ne devraient pas porter de vêtement avec ceintures ou lacets. Bien que des mesures de restriction de l'accessibilité aux moyens doivent être implantées, celles-ci doivent l'être en conjonction avec d'autres stratégies de prévention du suicide.

Une étude française, effectuée à partir de données hospitalières, a montré que l'intoxication médicamenteuse comptait pour 53 % des cas de suicide chez les moins de 12 ans, suivie par la pendaison ou l'étranglement (23 %) et la défenestration (17 %) [Stordeur *et al.*, 2015]. Au Canada, la défenestration n'apparaît pas dans les trois moyens les plus utilisés. En effet, une étude canadienne s'appuyant sur les données de Statistique Canada a montré qu'en 2008, les suicides par suffocation, pendaison ou étranglement⁴⁴, armes à feu ou empoisonnement comptaient pour 95 % des cas de suicide chez les jeunes de 10 à 19 ans. De plus, les moyens les plus utilisés sont sensiblement les mêmes chez le groupe des 10 à 14 ans comparativement à celui des 15 à 19 ans. Plus spécifiquement, et toujours en 2008, la suffocation était la méthode la plus utilisée et elle comptait pour 88 % de tous les suicides chez les jeunes de 10 à 14 ans et pour 74 % des suicides chez ceux âgés de 15 à 19 ans. Selon cette étude, cette tendance s'est maintenue entre les années 1980 et 2008. L'utilisation d'une arme à feu chez l'ensemble des jeunes aurait toutefois diminué de façon significative au cours de la même période [Skinner et McFaull, 2012].

Une restriction de l'accessibilité à des moyens létaux est donc de mise face à des jeunes présentant un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation. À titre d'exemple, il est important de porter attention et de limiter l'accès à des moyens létaux, tels que des couteaux, des rasoirs, des ciseaux ou autres objets pointus, des sacs de plastique, des lacets, des cordes et autres, lorsqu'il y a un risque pour la sécurité d'un jeune ou pour les autres [Heimsch, 2015].

⁴⁴ Les auteurs de l'étude ont utilisé le code X70 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Il est important que ces restrictions soient adaptées au milieu de vie ou au type d'encadrement des jeunes hébergés en centre de réadaptation. Des données provenant de rapports du coroner⁴⁵ reliés aux événements de suicide chez des jeunes hébergés en centre de réadaptation ont fait des recommandations sur le dispositif utilisé dans les salles de bain/douche et dans les chambres. Par ailleurs, des critères de conception et de construction des unités de réadaptation en internat (URI) ont été ciblés afin que les éléments du bâtiment, les accessoires et le matériel utilisés soient sécuritaires pour les jeunes, et ce, dans le but de réduire le risque de passage à l'acte suicidaire ou d'automutilation [MSSS, 2016].

c) Mise en place de mesures particulières ou exceptionnelles

Dans certaines situations, des mesures particulières ou exceptionnelles sont appliquées dans la gestion du risque suicidaire ou de l'automutilation. La mise en place de ces mesures est balisée et chaque établissement assure l'encadrement et le bon suivi de leur application. Des mesures de sécurité telles que la fouille et la saisie peuvent donc être appliquées lorsque le recours à ces mesures est fondé sur des « motifs raisonnables de croire qu'un jeune cache des objets ou des produits illégaux, dangereux ou interdits par la loi ou par l'établissement pouvant provoquer des situations ou des événements susceptibles de mettre en danger la sécurité des jeunes, du personnel et des visiteurs » [ACJQ, 2012, p. 4]. La collaboration du jeune est importante dans le cas où, par exemple, il lui est demandé de remettre un objet qu'il a en sa possession et avec lequel il pourrait se blesser [OMS, 2018; ACJQ, 2013]. À cet effet, l'ACJQ [2012, p. 4] mentionne que « divers moyens encourageant la responsabilisation et la remise volontaire par le jeune ou un visiteur d'objets ou de produits illégaux, dangereux ou interdits par la loi ou par l'établissement doivent être mis de l'avant par les centres jeunesse. La déclaration préventive et l'inspection visuelle courante sont entre autres des moyens qui permettent d'offrir un environnement sécuritaire pour les jeunes, les employés et les visiteurs et ainsi éviter, lorsque possible, le recours à la fouille et à la saisie ».

D'autres mesures de contrôle, comme l'isolement ou la contention⁴⁶, peuvent exceptionnellement être mises en place, en dernier recours, lorsque la sécurité du jeune ou celle d'un autre est menacée. Comme il est mentionné dans la LSSSS⁴⁷, « [...] l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans un établissement, que pour l'empêcher

⁴⁵ Rapports d'investigation du coroner reliés aux événements de suicide chez des jeunes hébergés en centre de réadaptation (2008 à 2014). Documents transmis par le Bureau du coroner du Québec.

⁴⁶ En vertu du PL 21, *décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris* est une activité réservée. L'application d'une telle mesure de contention ou d'isolement n'est toutefois pas réservée. « L'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout intervenant formé à cette fin. » (p. 69). « En situation d'urgence, la décision d'utiliser ces mesures ne constitue pas l'objet de la réserve prévue par ces modifications législatives; par exemple, en présence d'un comportement non prévisible qui met en danger la sécurité de la personne ou celle d'autrui. Dès que la situation d'urgence est maîtrisée, l'intervention d'un professionnel habilité est requise. » (p. 69) [Office des professions du Québec, 2013].

⁴⁷ Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2, art. 118.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>.

de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, l'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne ». Comme le souligne l'Office des professions, ces mesures ne doivent pas être utilisées comme mesures punitives ou disciplinaires [Office des professions du Québec, 2013].

6.2. Gestion de l'information clinique

ORIENTATION CLINIQUE 11

La gestion de l'information clinique est fondamentale dans les établissements et implique plusieurs directions. Considérant l'importance du transfert d'information clinique, particulièrement en gestion du risque suicidaire, il est de bonne pratique :

- d'établir des horaires de travail qui incluent des interquarts permettant l'échange d'information clinique nécessaire et pertinente entre les intervenants;
- d'assurer que les outils de consignation de l'information clinique sont simples et disponibles en tout temps pour les intervenants;
- d'assurer que la chaîne de responsabilité décisionnelle, les directives, les politiques et les procédures liées à la gestion de l'information clinique sont connues, comprises et appliquées par les intervenants et les gestionnaires, notamment la transmission d'informations pour prévenir un acte de violence dont un suicide⁴⁸.

La gestion des informations cliniques est une responsabilité qui constitue bien souvent un enjeu de taille dans une organisation et à l'intérieur même d'une équipe de travail. Malgré les écueils possibles, celle-ci demeure fondamentale puisqu'elle vise le partage d'informations et cherche à en donner le sens. À cet égard, la communication doit servir l'intervention auprès du jeune.

Les personnes consultées rappellent que la mise à jour, la disponibilité et la transmission des informations cliniques pertinentes sont des dimensions importantes du processus d'intervention qui doivent être soutenues par l'organisation. La mise en place de mécanismes de communication spécifiques aux points de transition, comme au changement de quart de travail, et l'utilisation d'outils par les intervenants dans le cadre de la tenue de dossier permettent de documenter et d'échanger les informations sur la situation des jeunes. Il importe que les outils de consignation et de transfert de l'information clinique soient simples et disponibles en tout temps pour les intervenants. À cet effet, la mise en œuvre de stratégies pour répondre aux défis technologiques possibles permet d'assurer une continuité et une traçabilité de l'information, et ce, dans le contexte où les outils de communication utilisés sont connus de tous. Selon les personnes consultées, une section spécifique et facilement accessible dans le dossier du jeune pourrait inclure davantage d'informations sur sa santé mentale, sur son risque suicidaire et les différents événements ayant nécessité l'application de mesures y étant associées. Assurer une continuité informationnelle facilite la coordination à l'intérieur de

⁴⁸ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1, art. 59.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-2.1.pdf>.

l'équipe ainsi qu'avec les différents partenaires concernés, et ce, dans le but de fournir une réponse rapide et efficace lorsque la situation le requiert. De plus, cela vise à faciliter le partage d'informations avec les ressources internes et externes vers lesquelles le jeune et sa famille sont orientés.

Bien qu'il existe un cadre législatif⁴⁹ qui balise le respect de la confidentialité et les circonstances pour lesquelles celle-ci peut être levée, les consignes à suivre lors de ces situations doivent guider les intervenants. En effet, la chaîne décisionnelle, les directives, les politiques et les procédures liées à la gestion de l'information clinique doivent être connues, comprises et appliquées par les intervenants et les gestionnaires, entre autres, sur le plan de la transmission d'informations pour prévenir un acte de violence dont un suicide⁵⁰. Il est important de fonder l'intervention sur la transparence lorsqu'il est nécessaire de partager de l'information avec d'autres acteurs impliqués auprès du jeune, et ce, tout en respectant le cadre légal relié à la divulgation des informations. Il s'avère alors pertinent de prendre le temps d'expliquer au jeune les informations qui seront transmises aux acteurs impliqués et les raisons justifiant cette décision [SCSWIS, 2011].

6.3. Formation et soutien clinique

ORIENTATION CLINIQUE 12

Il est important que des modalités soient mises en place dans les établissements afin que les intervenants reçoivent la formation nécessaire pour intervenir auprès de ces jeunes, aient accès à de la supervision et soient accompagnés lors de situations qui commandent une gestion de risque.

L'évolution des connaissances, des approches théoriques et des pratiques cliniques conjuguée à la complexité grandissante des problématiques des jeunes hébergés en centre de réadaptation implique que les intervenants soient outillés et accompagnés pour offrir des services de qualité aux jeunes qui présentent un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation. L'importance de mettre en place des mécanismes de formation continue pour le développement des savoirs, ainsi que des mécanismes de supervision et de soutien cliniques pour épauler l'intervenant dans son savoir-faire et son savoir-être, est d'ailleurs soulignée autant dans la littérature scientifique que dans les documents gouvernementaux et par les personnes consultées.

⁴⁹ Loi modifiant diverses dispositions législatives eu égard à la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes (2001). Disponible à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2001C78_F.PDF.

⁵⁰ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1, art. 59.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/A-2.1.pdf>.

6.3.1. Perfectionnement des connaissances et des compétences des intervenants

Le perfectionnement des connaissances et des compétences vise à offrir des interventions basées sur les meilleures pratiques. La vulgarisation des nouvelles connaissances est un critère important pour une meilleure intégration des savoirs dans la pratique quotidienne. La mise en place de stratégies de transfert de connaissances est donc souhaitable afin de favoriser une diffusion et une appropriation des connaissances et des données probantes dans le milieu clinique [MSSS, 2017].

La formation continue contribue à soutenir les intervenants dans l'utilisation des connaissances, mais également dans l'amélioration des compétences et des habiletés nécessaires à des interventions de qualité. Selon les personnes consultées, l'acquisition de connaissances et de compétences complémentaires peut être nécessaire en raison de la complexité et de la diversité des problématiques associées aux manifestations suicidaires et d'automutilation des jeunes hébergés en centre de réadaptation, notamment en ce qui concerne les troubles mentaux qui constituent un facteur de risque associé à ces manifestations. De plus, la compréhension des référentiels et du contexte culturel ainsi que le développement de compétences y étant reliée sont essentiels pour favoriser une intervention adéquate auprès des jeunes issus des communautés autochtones et ethnoculturelles [MSSS, 2017].

Par ailleurs, les professionnels ayant reçu de la formation sur les comportements d'automutilation soulignent se sentir plus efficaces dans leurs interventions et comprennent mieux la détresse sous-jacente aux comportements des jeunes [Timson et al., 2012]. Ainsi, plus les connaissances sont précises et appropriées, plus elles permettent de dissiper les mythes, les fausses croyances et d'éviter la stigmatisation liée aux problématiques des jeunes. À titre d'exemple, cinq programmes de prévention du suicide destinés à des adultes de la communauté et à des intervenants issus de disciplines variées (policiers, intervenants dans les milieux de protection de l'enfance ou correctionnels, travailleurs sociaux, professionnels en santé mentale, etc.) ont donné des résultats positifs (voir l'annexe C). En effet, les programmes de prévention du suicide *Connect : Connect Suicide Prevention Project, Question, Persuade, Refer (QPR), RESPONSE* et *Tennessee Lives Count Project* ont démontré que même une courte formation de deux à trois heures permet d'améliorer les connaissances, les attitudes, le sentiment d'efficacité personnelle et procure un langage commun facilitant les discussions qui touchent le sujet du suicide [Coleman et Del Quest, 2015; Bean et Baber, 2011; Keller et al., 2009]. Ces programmes visent, notamment, à outiller les individus pour leur permettre de reconnaître les facteurs de risque de suicide des jeunes, à leur apprendre à interagir avec eux et à les référer vers les services lorsque cela est requis. Toutefois, les résultats indiquent que ce type de formation brève nécessite une réactualisation de son contenu puisqu'une diminution des acquis a été observée au suivi de six mois [Keller et al., 2009]. Les auteurs de ces programmes suggèrent l'ajout de composantes liées à l'intervention et aux stratégies de modification des comportements pour optimiser ces formations [Coleman et Del Quest, 2015]. À cet effet, une formation plus longue, comme le programme *ASIST* (deux jours), s'est avérée supérieure pour

améliorer les compétences des intervenants, notamment pour questionner le jeune sur sa détresse et ses intentions suicidaires.

Dans le contexte québécois, des formations sont offertes aux intervenants du 1^{er} et du 2^e niveau d'intervention. Comme il a été mentionné dans la section 1.1 (Principaux référentiels), il s'agit des formations *Repérer la personne vulnérable au suicide et appliquer les mesures de protection requises* (un jour), *Les adolescents de 14 ans et plus vulnérables au suicide, notre rôle et nos responsabilités* (deux jours) et *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* (trois jours).

6.3.2. Supervision et soutien clinique

En plus de la formation, il est aussi important de s'assurer que les savoirs s'intègrent à la pratique et d'offrir un soutien réflexif sur celle-ci. Au-delà du savoir et du savoir-faire, le concept du savoir-être est primordial et à la base même de l'intervention. Selon les personnes consultées, l'adoption d'attitudes positives empreintes de respect, d'ouverture et de bienveillance doit transparaître auprès de la clientèle si l'on veut que celle-ci soit engagée dans la démarche. Différentes modalités, complémentaires à la formation, peuvent être mises en place afin que les intervenants puissent développer une pratique réflexive dans leurs interventions. Ce soutien clinique vise à accompagner l'intervenant lors de situations complexes ou émotionnellement exigeantes, notamment au regard des manifestations suicidaires et d'automutilation qui commandent une gestion de risques soutenue.

La supervision clinique offre à l'intervenant un moment d'arrêt qui lui permet d'avoir une plus grande objectivité par rapport à la situation vécue. Elle lui permet de prendre du recul par rapport à la situation pour qu'il soit en mesure d'en faire une analyse réflexive afin d'y apporter des pistes de solution. La supervision peut se dérouler sur une base individuelle ou en groupe, ces deux options répondant à des besoins différents. La supervision individuelle favorise l'échange et l'analyse de situations particulières vécues par l'intervenant supervisé et des enjeux y étant associés, tout en explorant des pistes de solution potentielles. Elle offre un suivi plus personnalisé à l'intervenant. Quant à la supervision de groupe, elle alimente les réflexions, favorise le développement des pratiques et des compétences ainsi que le partage des savoirs [Bourque, 2009]. Ce suivi régulier permet également d'établir une relation de confiance entre le superviseur et l'intervenant supervisé.

Les établissements, les gestionnaires et les intervenants ont une responsabilité partagée quant au développement des connaissances et des compétences. Selon le MSSS [2017], les CISSS et les CIUSSS doivent mettre en place les conditions propices au développement et au maintien d'une pratique professionnelle de qualité en soutenant une offre de formation adaptée et la mise en place de modalités assurant un soutien clinique répondant aux besoins des membres du personnel.

CONCLUSION

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation nécessite la mise en place d'interventions visant à offrir une réponse spécifique aux besoins des jeunes hébergés en centre de réadaptation. Ces problématiques font l'objet de préoccupations importantes chez les intervenants et gestionnaires qui travaillent auprès de cette clientèle, de même que chez les parents et l'entourage de ces jeunes. Ces préoccupations sont liées, entre autres, à la détresse de ces jeunes, aux conséquences potentielles des manifestations suicidaires et d'automutilation et à la charge émotionnelle qu'elles peuvent engendrer. Différentes actions ont été réalisées au cours des dernières années dont la diffusion du *Protocole d'intervention en situation de risque suicidaire ou de santé mentale* et la mise en place des équipes de 2^e niveau d'intervention, la mise en place de formations pour les intervenants ainsi que la diffusion de travaux de recherche. De plus, certaines régions ont créé des outils cliniques et élaboré des documents de référence, tels que des politiques et des procédures. Des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont souligné le défi d'harmoniser les pratiques ainsi que la volonté de se doter d'une vision et d'un langage communs dans les interventions à offrir aux jeunes.

Ce cadre de référence tente de répondre à ces préoccupations et les orientations cliniques proposées traduisent des pistes d'intervention à privilégier pouvant être utilisées par les intervenants et les gestionnaires qui travaillent au quotidien auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation.

Il était également important que le cadre de référence demeure en concordance et en complémentarité avec l'application du *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* [MSSS, 2018]. Si les deux documents ont comme finalité de soutenir les intervenants et de favoriser le partage de la gestion du risque lors de situations de risque suicidaire ou de détresse, leur portée est différente. Sur le plan opérationnel, le protocole vient clarifier les rôles et responsabilités des intervenants des trois niveaux d'intervention lorsqu'un jeune présente des indices de troubles mentaux, une détresse psychologique, une désorganisation aiguë en santé mentale, un risque suicidaire ou lors d'un passage à l'acte suicidaire. Il vise à assurer une coordination efficace des interventions afin que le jeune puisse recevoir les services répondant le mieux à ses besoins spécifiques lors de ces situations. De plus, le cadre de référence propose 12 orientations cliniques relatives à la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation et la schématisation d'un processus clinique dynamique et continu centré sur les besoins du jeune qui tient compte de l'intervention dans sa globalité. La gestion de ces risques s'inscrit à l'intérieur de ce processus clinique qui prend appui sur des principes généraux d'intervention. Les pratiques organisationnelles viennent, quant à elles, soutenir l'application des différentes étapes du processus. Lorsque cela est requis, le protocole d'intervention est appliqué à travers le processus clinique, en fonction de la situation et des besoins du jeune.

La démarche méthodologique utilisée pour l'élaboration du cadre de référence repose sur l'intégration des données issues de la littérature, des consultations ainsi que du sondage effectué dans le cadre des travaux. Mentionnons toutefois certaines limites issues de la littérature. Peu d'interventions conçues spécifiquement pour des intervenants de 1^{er} niveau qui travaillent auprès d'une clientèle en centre de réadaptation ont été répertoriées.

Par ailleurs, peu d'études recensées dans le cadre des travaux ont documenté le risque suicidaire et les comportements d'automutilation ainsi que les interventions à privilégier auprès d'une population d'enfants. Dans leur rapport d'ETMISS, Bouchard et Bussièrès [2016] soulignent que le manque de données probantes sur les enfants de 5 à 14 ans qui présentent des comportements suicidaires ne permet pas de déterminer un traitement spécifique propre à ce groupe d'âge. Dans le présent ouvrage, bien que n'étant pas centrées seulement sur les éléments liés aux manifestations suicidaires, il a toutefois été possible de dégager certaines pistes d'intervention pertinentes pour ce groupe d'âge et qui touchent des compétences et des habiletés favorisant l'acquisition de stratégies d'adaptation saines.

Également, peu d'études spécifiquement axées sur le contrôle de l'environnement ont été recensées dans un contexte d'hébergement tel qu'un centre de réadaptation. Les données collectées font davantage référence à l'importance de restreindre l'accessibilité à des moyens létaux auprès d'une population, jeune et adulte, présentant un risque suicidaire et d'assurer une vigilance à cet égard. Par conséquent, les informations recueillies ne nous permettent pas de proposer des orientations sur les moyens de contrôler l'environnement (ex. : retrait d'objets potentiellement dangereux) ni sur le port du vêtement anti-suicide pour assurer la sécurité d'un jeune. Il pourrait néanmoins s'avérer pertinent d'entreprendre des travaux de recherche sur le sujet.

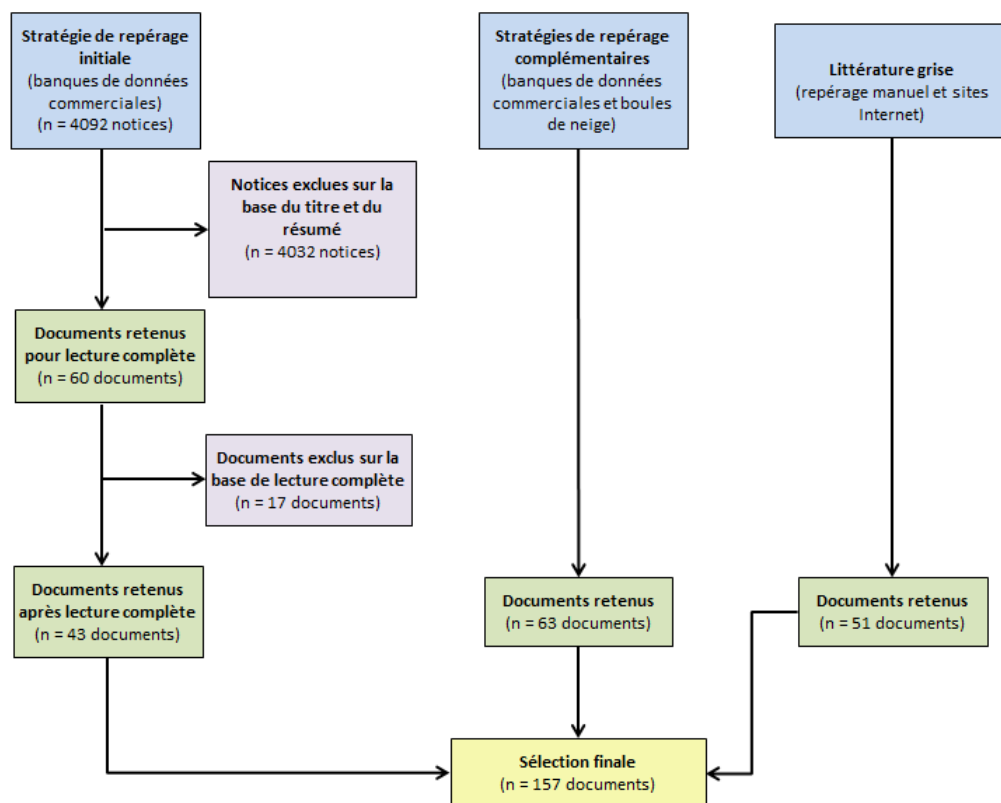
Malgré certaines limites et en considérant la gestion du risque dans une optique plus globale, le cadre de référence permet une appropriation de son contenu en fonction des services et des particularités des régions. Néanmoins, l'amélioration des pratiques au regard du risque suicidaire et des comportements d'automutilation dépasse les milieux d'intervention de réadaptation. Une meilleure compréhension de ces problématiques et la recherche de pistes d'action concrètes visant l'amélioration de la santé des jeunes concernent l'ensemble de la société. Pour ces jeunes, les apprentissages réalisés durant leur séjour en centre de réadaptation pourront les aider à être mieux outillés pour faire face aux situations plus difficiles rencontrées à l'extérieur du milieu d'hébergement. Des services qui tiennent compte de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs forces ainsi que le soutien de leurs proches et des différents acteurs de la communauté contribueront à l'amélioration de leur condition et de leur bien-être.

ANNEXE A

Méthodologie

La recherche de l'information scientifique a été effectuée à partir des bases de données suivantes : PubMed, Ovid, Cochrane Database of Systematic Reviews et ProQuest. Elle a été limitée aux années 2006 à 2017 et aux documents de langue anglaise et française. Cette recherche a été effectuée avec l'aide d'une spécialiste en information scientifique et la stratégie documentaire et les principaux mots-clés sont présentés à la page suivante.

Cette méthode a permis de repérer plus de 4000 références. Le processus de sélection de la documentation a été réalisé par deux professionnelles. Lors de la première sélection, peu de documents ont été retenus ($n = 43$) étant donné que les pratiques cliniques et de gestion recherchées étaient celles pouvant être utilisées par les intervenants et les gestionnaires dans le contexte des interventions en centre de réadaptation. D'autres stratégies de repérage complémentaires portant sur des problématiques plus ciblées, telles que la postvention, le trouble de personnalité limite, l'effet de contagion, etc., ont été utilisées pour les banques de données commerciales. Cette démarche a permis de repérer 63 documents supplémentaires. Parallèlement, une recherche de littérature grise a été réalisée manuellement et en boule de neige sur différents sites Internet ainsi qu'auprès des personnes consultées, ce qui a mené au repérage de 51 documents supplémentaires. Au terme de cet exercice, un total de 157 documents a été retenu. Le diagramme suivant présente les différentes étapes de la sélection.



Stratégie de repérage d'information scientifique

Bases de données bibliographiques

PsycINFO (EBSCO) Date du repérage : juin 2017 Limites : 2010- ; anglais, français; articles de périodiques, articles de périodiques révisés par les pairs, mémoires et thèses ; enfance (naissance-12 ans), âge scolaire (6-12 ans), adolescence (13-17 ans), enfant (6-12 ans), adolescent (13-18 ans)	
S1	DE (Attempted Suicide OR Suicidal Ideation OR Self-Mutilation OR Self-Injurious Behavior OR Suicide)
S2	DE (Child Welfare OR Foster Care OR Protective Services)
S3	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile* OR teen*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile* OR teen*)
S4	TI (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves) OR AB (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves)
S5	TI ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers))) OR AB ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers)))
S6	TI ((youth or child OR system) N3 protecti*) OR AB ((youth or child OR system) N3 protecti*)
S7	TI (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential) OR AB (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential)
S8	S3 AND S4 AND (S5 OR S6 OR S7)
S9	TI (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*) OR AB (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*)
S10	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive) OR AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR best OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive)
S11	((S1 AND S2) OR (S3 AND S4)) AND S9 AND S10
S12	S8 OR S11

CINAHL (EBSCO) Date du repérage : juin 2017 Limites : 2010- ; anglais et français ; algorithmes, études cliniques, chemins critiques, mémoires et thèses, articles de périodiques, méta-analyses, méta-synthèses, guides de pratique, études contrôlées randomisées, recherches, normes, revues systématiques; enfants tous les âges	
S1	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile*)
S2	TI (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves) OR AB (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves)
S3	TI ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers))) OR AB ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers)))

	(juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers)))
S4	TI ((youth* OR child* OR system OR systems) N3 protecti*) OR AB ((youth OR child* OR system*) N3 protecti*)
S5	TI (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential) OR AB (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential)
S6	S1 AND S2 AND (S3 OR S4 OR S5)
S7	TI (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*) OR AB (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*)
S8	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive) OR AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR best OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive)
S9	S1 AND S2 AND S7 AND S8
S10	S6 OR S9

Social Sciences Abstracts (EBSCO)

Date du repérage : juin 2017

Limites : 2010- ; anglais et français ; articles de périodiques ; études de cas

S1	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile*)
S2	TI (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves) OR AB (suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves)
S3	TI ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers))) OR AB ((juvenile* N2 placement*) OR (juvenile* N2 residential) OR open custod* OR juvenile deliquenc* OR ((youth* OR jeune*) N2 (centre OR centres OR center OR centers)))
S4	TI ((youth* OR child* OR system OR systems) N3 protecti*) OR AB ((youth OR child* OR system*) N3 protecti*)
S5	TI (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential) OR AB (custody OR custodies OR (foster N2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child N3 protection) OR protective service* OR residential)
S6	S1 AND S2 AND (S3 OR S4 OR S5)
S7	TI (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*) OR AB (psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*)
S8	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive) OR AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR

	best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR best OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive)
S9	S1 AND S2 AND S7 AND S8
S10	S6 OR S9

* troncature; **Nn** proximité entre 2 mots avec un maximum de *n* mots entre eux peu importe l'ordre; **DE** descripteur; **AB** résumé; **TI** titre

PubMed (NML)	
Date du repérage : juin 2017	
Limites : 2010- ; anglais et français; étude de cas, études cliniques, études comparatives, consensus, études cliniques contrôlées, articles de périodiques, études d'évaluation, publications gouvernementales, guides, méta-analyses, études multi-centres, études observationnelles, guides de pratique, études contrôlées randomisées, revues systématiques, rapports techniques, études de validation; enfants (naissance-18 ans), enfants (6-12 ans), adolescents (13-18 ans)	
#1	Suicide, Attempted[mh] OR Self-Injurious Behavior[mh] OR Suicide[mh] OR Suicidal Ideation[mh]
#2	Child Welfare[mh] OR Foster Home Care[mh] OR Child Protective Services[mh]
#3	child*[tiab] OR adolescen*[tiab] OR youth*[tiab] OR juvenile*[tiab] OR teen*[tiab]
#4	suicid*[tiab] OR self-mutilat*[tiab] OR self-injur*[tiab] OR self-harm*[tiab] OR automutilat*[tiab] OR auto-mutilat*[tiab] OR kill themselves[tiab] OR harm themselves[tiab]
#5	custody[tiab] OR custodies[tiab] OR foster[tiab] OR residential[tiab] OR placement*[tiab] OR protecti*[tiab] OR welfare[tiab] OR institutional care[tiab] OR deliquenc*[tiab]
#6	psychotherap*[tiab] OR psychosocial[tiab] OR psycho-social[tiab] OR intervention*[tiab] OR therap*[tiab] OR rehabilit*[tiab] OR treatment*[tiab] OR practice*[tiab] OR program*[tiab] OR model*[tiab] OR structur*[tiab] OR approach*[tiab] OR initiative*[tiab] OR method[tiab] OR methods[tiab] OR resource*[tiab] OR support*[tiab] OR assess*[tiab] OR manag*[tiab] OR screen*[tiab] OR evaluat*[tiab]
#7	efficacy[tiab] OR efficient[tiab] OR efficacious[tiab] OR effect*[tiab] OR success*[tiab] OR adequa*[tiab] OR valid*[tiab] OR best innovative[tiab] OR impact*[tiab] OR useful*[tiab] OR evidence[tiab] OR apprais*[tiab] OR assess*[tiab] OR benefi*[tiab] OR ineffect*[tiab] OR increa*[tiab] OR improv*[tiab] OR facilitat*[tiab] OR enhanc*[tiab] OR barrier*[tiab] OR gain*[tiab] OR better[tiab] OR best[tiab] OR progress*[tiab] OR promis*[tiab] OR reliab*[tiab] OR positive[tiab]
#8	#1 AND #2 AND #6
#9	#3 AND #4 AND #5

* troncature; **[mh]** descripteur; **[tiab]** titre ou résumé

EBM Reviews (Ovid) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects	
Date du repérage : juin 2017	
Limites : 2010- ; anglais, français	
1	(child* OR adolescen* OR youth* OR student* OR juvenile*).ti,ab
2	(suicid* OR self-mutilat* OR self-injur* OR self-harm* OR automutilat* OR auto-mutilat* OR kill themselves OR harm themselves).ti,ab
3	(custody OR custodies OR (foster ADJ2 (care OR home OR youth* OR child*)) OR institutional care OR welfare OR placement* OR (child ADJ3 protection) OR protective service* OR residential).mp
4	(psychotherap* OR psychosocial* OR psycho social* OR intervention* OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR practice* OR program* OR model* OR structur* OR approach* OR initiative* OR method OR methods OR resource* OR support* OR assess* OR manag* OR screen* OR evaluat*).mp
5	(efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR promis*OR reliab* OR positive).mp
6	(#1 AND #2 AND #3) OR (#1 AND #2 AND #4 AND #5)

* troncature; **ADJn** proximité de 2 mots avec un maximum de *n* mots entre eux peu importe l'ordre; **.ab** résumé; **.mp** plusieurs champs par défaut; **.ti** titre

Sites Web, registres d'essais cliniques et autres sources

Date de la consultation : mars 2016

Limites : 2005- ; anglais et français

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- Agence canadienne des médicaments et des technologies (ACMTS)
- Australian Clinical Practice Guidelines (NHMRC)
- BC Guidelines
- The Campbell Collaboration Online Library
- Centre fédéral d'expertise en santé (KCE)
- Google
- Google Scholar
- Guidelines International Network (G-I-N)
- Haute Autorité de la Santé (HAS)
- Infobanque de l'Association médicale canadienne (AMC)
- Institute of Health Economics (IHE)
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
- National Guideline Clearinghouse (NCG)
- New Zealand Guideline Group (NZGG)
- NHS National Institute for Health Care Excellence (NICE)
- Papyrus
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Social Care Online
- Thèses Canada

ANNEXE B

Description des résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques et les méta-analyses recensées

Cette section décrit les résultats des sept documents répertoriés, évaluant les effets des interventions sur le risque suicidaire et les comportements d'automutilation chez les enfants et adolescents. Cinq de ces revues portent à la fois sur le risque suicidaire et sur les comportements d'automutilation. Une seule revue s'intéresse exclusivement à l'automutilation. Enfin, une revue systématique a répertorié les évaluations de programmes de postvention réalisés dans les écoles et la communauté. Le nombre d'études primaires incluses dans ces revues varie entre 5 et 29.

Afin de préciser les composantes des interventions, les critères PICOTS (acronyme défini dans les tableaux) ont été utilisés et inclus dans les tableaux descriptifs. Parmi les interventions incluses dans ces revues, certaines s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de la thérapie comportementale dialectique (TCD), de la thérapie de résolution de problèmes ou des interventions de soutien. Rappelons que les informations fournies dans la littérature recensée, dans le cadre de nos travaux, ne permettent pas de déterminer si l'intervention utilisée relève ou non de la psychothérapie telle qu'elle est définie au Québec. Par conséquent, le terme « thérapie » doit être interprété selon son sens générique qui peut renvoyer autant à la psychothérapie, telle qu'elle est définie au Québec, qu'à des interventions qui s'y apparentent sans être des activités réservées en vertu du PL 21.

Les revues systématiques sont présentées par ordre alphabétique à partir du nom du premier auteur.

Définitions des principales statistiques rapportées dans les tableaux

Taille de l'effet	La taille de l'effet est une mesure permettant de quantifier l'importance d'un effet observé à l'aide d'indices.
d de Cohen et d de Hedges	Un d de Cohen ou de Hedges reflète une taille d'effet faible entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet modérée entre 0,50 et 0,80 et une taille d'effet forte lorsqu'elle est supérieure à 0,80.
Phi	Le Phi est utilisé pour rapporter des tailles d'effet dont les variables sont dichotomiques. Une taille d'effet de 0,10 est considérée comme faible, une taille d'effet modérée entre 0,10 et 0,30, alors que 0,50 et plus est une taille d'effet forte.
DR	Différence de risque. Une différence de risque égale à 0 traduit l'absence d'effet; plus la valeur de la différence de risque s'éloigne de 0, plus la taille de l'effet est importante.
RR	Risque relatif. Le risque relatif est une mesure pouvant prendre des valeurs comprises entre 0 et l'infini. Plus la valeur du risque relatif s'éloigne de 1, plus la taille de l'effet est importante, une valeur proche de 1 traduisant l'absence d'effet.
OR	Un rapport de cotes ou « odds ratio » est le rapport de la cote de la maladie ou de l'événement d'intérêt chez les individus exposés (dans ce cas-ci, l'exposition est l'intervention) et de sa valeur chez les non-exposés. Le rapport de cotes s'interprète de la même façon que le risque relatif.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité	
Calear <i>et al.</i> , 2016	Revue systématique Score de qualité sur la grille Amstar : B ⁵¹ 29 études N = 10654 ECR ⁵²	P	Adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans présentant des idées suicidaires, des tentatives de suicide ou de l'automutilation.
		I	Les interventions incluses s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de la thérapie comportementale dialectique (TCD), de la thérapie de résolution de problèmes ou des interventions de soutien dans la communauté. Parmi les interventions utilisées, plusieurs sont réalisées de manière individuelle ou avec l'implication des parents. D'autres le sont en groupe et une seule étude ciblait uniquement les parents. Quelques études ont testé une intervention à distance utilisant des cartes postales, des jetons ou une vidéo et deux études ont rapporté une intervention unique en face à face combinée à une intervention téléphonique. Les types d'intervenants ayant réalisé les interventions sont des infirmières (28 %), des travailleurs sociaux (19 %), des thérapeutes (19 %), des psychologues (13 %) et des professeurs (9 %). La plupart des interventions (75 %) font partie de programmes structurés dont le nombre de sessions est établi à l'avance. Pour ces interventions, le nombre de sessions varie entre 1 et 64 (médiane = 5, N = 24).
		C	Groupe témoin sans intervention, liste d'attente ou traitement usuel.
		O	Idées suicidaires, tentatives de suicide, automutilation.
		T	Études antérieures à 2014.
		S	Aucune restriction sur le lieu d'intervention.
Résultats	Dans l'ensemble, les résultats de cette revue systématique montrent que 53 % (N = 17/32) des comparaisons effectuées (entre les cas et les témoins) sur les idées suicidaires, les tentatives de suicide et l'automutilation rapportent un effet significatif en faveur du groupe d'intervention. Plus spécifiquement, les résultats des interventions indiquent que : 36 % (N = 10/28) ont montré des diminutions significatives des idées suicidaires (d médian = 0,76, N = 7); 27 % (N = 4/15) ont rapporté des diminutions significatives du nombre de tentatives de suicide (phi médian = 0,04, N = 3); 43 % (N = 3/7) ont indiqué une réduction des comportements d'automutilation (phi variant entre 0,29 et 0,33, N = 2; d = 0,42, N = 1); 14 % (N = 1/7) ont montré une réduction plus importante des comportements d'automutilation pour le groupe témoin ayant reçu des soins usuels (phi = -0,25). Finalement, sur le nombre d'études effectuées en milieu scolaire, 60 % (N = 6/10) se sont montrées efficaces. Cette proportion est de 53 % (N = 8/15) pour les interventions en milieu de la santé et 43 % (N = 3/7) pour celles effectuées dans la communauté.		
Conclusion des auteurs	Les résultats de cette revue systématique montrent qu'un peu plus de la moitié des études a rapporté des effets positifs significatifs sur au moins une cible d'intervention. Cela laisse supposer qu'en général les interventions peuvent aider les jeunes aux prises avec des idées suicidaires ou de l'automutilation. Les auteurs considèrent également que ces interventions ne présentent pas d'effets négatifs chez les jeunes et l'implantation de ces interventions doit être encouragée tant dans les écoles que dans les établissements de santé.		

⁵¹ B = étude se classant dans le 80^e percentile de qualité.

⁵² Essais cliniques randomisés.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité	
Gheorghiu et Lesage, 2017	Revue des revues systématiques Score de qualité sur la grille Amstar : C ⁵³ 5 revues systématiques et méta-analyses d'essais cliniques randomisés	P	Enfants et adolescents ayant fait des tentatives de suicide ou présentant des comportements ou idées suicidaires ou de l'automutilation.
		I	Thérapies (cognitivo-comportementale, comportementale dialectique et de mentalisation) Les interventions ont pour la plupart été réalisées de manière individuelle par des psychologues.
		C	Groupes témoins avec ou sans intervention, placebo, liste d'attente, traitement usuel.
		O	Présence d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et d'automutilation.
		T	2008-2015.
		S	Interventions réalisées en milieu clinique.
Résultats	Les résultats d'une méta-analyse ont montré une réduction (réduction de risque de 5 %) des comportements d'automutilation associée à des interventions (notamment la thérapie cognitivo-comportementale [TCC], la thérapie comportementale dialectique [TCD] et la mentalisation). Les auteurs ne peuvent cependant pas recommander des interventions spécifiques étant donné qu'ils n'ont pas réussi à déterminer à quel mécanisme cette diminution est attribuable. D'autres résultats issus de deux méta-analyses ont rapporté des effets moins concluants relativement à la TCC. Par exemple, dans l'une des études, les auteurs ont conclu que la thérapie cognitivo-comportementale est efficace pour réduire les comportements suicidaires chez les adultes (g de Hedges = 0,77; p < 0,0001), mais pas chez les adolescents (g de Hedges = 0,26; p = 0,175). Pour la seconde méta-analyse, les résultats font état d'une seule étude sur 21 ayant permis de réduire les comportements d'automutilation avec ce type d'intervention (TCC). Une revue systématique a également montré que les interventions peuvent réduire les comportements suicidaires et l'automutilation chez les adolescents immédiatement après l'intervention (OR = 1,51; IC = 1,01-2,27). Cependant, cette diminution ne s'est pas maintenue au suivi (après 6 à 7 mois). Enfin, les auteurs d'une autre méta-analyse concluent que les différents types de thérapie étudiés n'entraînent pas de réduction des tentatives de suicide. Les auteurs ont conclu que ces interventions n'apportaient pas d'effet bénéfique non plus pour les idées suicidaires chez les adolescents (DR = 0,22).		
Conclusion des auteurs	À la lumière de cette revue et en présence de résultats contradictoires, les auteurs concluent que les interventions présentent le meilleur potentiel pour diminuer les comportements suicidaires et l'automutilation sont la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale dialectique et la mentalisation. Les auteurs considèrent que l'implication des familles est essentielle afin d'optimiser l'efficacité des interventions. Ils mentionnent qu'au Québec, le programme de prévention scolaire Partners for Life, offert par la Fondation des maladies mentales depuis 1997, a permis de joindre plus de 1 000 000 d'adolescents au fil des années. Une étude sur ce programme a montré un haut taux de satisfaction des jeunes, tant pour le contenu que le format de présentation du programme. Une seconde étude a montré que les jeunes ont amélioré leurs connaissances sur la dépression et que leurs attitudes par rapport au fait de consulter en santé mentale ont positivement été modifiées. Un autre programme, le Dialectical Behaviour Therapy Multi-Family Skills Training Group (DBT-MFSTG), implanté par l'Institut Douglas Mental Health University en soins de troisième ligne, n'a pas été formellement évalué, mais il a permis de joindre plus d'une centaine de jeunes et leur famille depuis 15 ans. Ce programme, d'une durée de 20 semaines, vise à réduire les idées suicidaires et les comportements d'automutilation.		

⁵³ C = étude se classant dans le 70^e percentile de qualité.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité	
Glenn <i>et al.</i> , 2015	Revue systématique/ Score de qualité sur la grille Amstar : C ⁵⁴ 29 études N = 3541 ECR, études quasi expérimentales et études pilotes	P	Enfants et adolescents de 19 ans et moins présentant des comportements suicidaires ou de l'automutilation.
		I	Les interventions incluses dans ces études s'appuient sur des bases théoriques diverses, dont les thérapies cognitivo-comportementales ou psychodynamiques, ainsi que les interventions visant à améliorer les relations interpersonnelles des jeunes. Les interventions retenues présentent des modalités diverses, dont des interventions individuelles et familiales, des interventions axées sur la résolution de problèmes ou sur l'amélioration des compétences parentales et des compétences interpersonnelles des jeunes. Les types de professionnels qui réalisent les interventions, ne sont pas mentionnés. La durée des interventions varie entre 2 semaines et 18 mois.
		C	Groupe témoin sans intervention ou avec intervention alternative, intervention placebo ou liste d'attente.
		O	Présence d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et d'automutilation.
		T	Études antérieures à 2013.
		S	Interventions réalisées en milieu de la santé et en milieu communautaire.
Résultats	Les auteurs de cette revue ont utilisé la grille du <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> (JCCAP) pour évaluer l'efficacité des interventions sur les comportements suicidaires et d'automutilation. Cette grille intègre cinq catégories d'efficacité qui va du « traitement bien établi » (niveau 1) au « traitement d'efficacité contestable » (niveau 5). Pour les tentatives de suicide, les thérapies familiales basées sur l'approche cognitivo-comportementale ont été classées comme étant « probablement efficaces » (niveau 2) pour la diminution des tentatives de suicide. La thérapie familiale intégrant une approche multisystémique (en plus de la famille, ces thérapies incluent les systèmes en dehors de la famille, ex. : les pairs, l'école et la communauté) a été classée comme étant « possiblement efficace » (niveau 3) alors que la thérapie familiale d'urgence (une seule session visant la motivation au changement et l'adhésion au traitement) a été classée comme étant « expérimentale » (niveau 4); les résultats des études montrent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes ayant reçu l'intervention et ceux ayant reçu le traitement usuel. Pour les idées suicidaires, les thérapies familiales axées sur l'attachement et les thérapies individuelles visant l'amélioration des compétences interpersonnelles ont été classées « probablement efficaces » (niveau 2). Pour sa part, la thérapie familiale, utilisant une approche multisystémique afin de changer ces comportements, a été jugée comme étant « possiblement efficace » (niveau 3). Enfin, plusieurs interventions, dont les thérapies cognitivo-comportementales familiales, individuelles et de groupe, de même que les thérapies comportementales dialectiques, les thérapies familiales d'urgence et celles axées sur la résolution de problèmes, ont toutes été jugées comme étant « expérimentales » (niveau 4) dans le traitement des idées suicidaires. Ces résultats découlent principalement de la faiblesse méthodologique des études incluses, au type de devis (études pilotes, quasi expérimentales) ou au fait que certaines études portent uniquement sur une dimension de la thérapie. Par exemple, une étude évaluant l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique (TCD) sur les idées suicidaires n'intégrait que la composante liée à la mentalisation de ce type de thérapie. Pour l'automutilation, la thérapie familiale et la thérapie psychodynamique ont permis de réduire ce type de comportement et se sont classées comme étant « probablement efficaces » (niveau 2). Enfin, la thérapie cognitivo-comportementale en individuel et la thérapie familiale d'urgence se classent dans la catégorie « expérimentale » alors que, sur la base de trois études, l'efficacité de la thérapie développementale de groupe, qui combine des éléments de compétence d'un large		

⁵⁴ C = étude se classant dans le 70^e percentile de qualité.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité
		éventail d'orientations théoriques (thérapies cognitivo-comportementales, comportementales dialectiques et psychodynamiques), a été classée par les auteurs comme étant un « traitement d'efficacité contestable » (niveau 5).
Conclusion des auteurs		Les auteurs concluent qu'aucune des 29 interventions évaluées n'a été jugée comme une intervention dont l'efficacité est qualifiée de « traitement bien établi » (niveau 1), et cela, en dépit de l'augmentation du nombre de recherches sur le suicide et l'automutilation chez les jeunes. Seulement quelques interventions se sont avérées efficaces (6 interventions classées probablement et possiblement efficaces). Les auteurs considèrent qu'il n'est pas possible d'identifier précisément quelles composantes des interventions sont nécessaires et suffisantes pour réduire les comportements suicidaires ou d'automutilation.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité	
Gonzales <i>et al.</i> , 2013	Revue rapide/ Score de qualité sur la grille Amstar : D ⁵⁵ 13 études N = 561 ECR, études quasi expérimentales, opinions d'experts	P	Adolescents et jeunes adultes âgés de moins de 25 ans, présentant des comportements d'automutilation.
		I	Thérapie développementale de groupe, thérapie cognitivo-comportementale individuelle, thérapie comportementale dialectique individuelle, interventions brèves, intervention en réduction des méfaits.
		C	Comparaison avant/après, groupe témoin avec traitement usuel ou liste d'attente.
		O	Comportements d'automutilation.
		T	2000-2011
		S	Interventions réalisées en milieu clinique et en milieu communautaire.
Objectifs	Évaluer les effets d'un ensemble de traitements psychosociaux pour des adolescents et des jeunes adultes présentant des comportements d'automutilation non suicidaires.		
Résultats	Une thérapie développementale manualisée, offerte en groupe et d'une durée de 6 semaines ou plus auprès de 183 adolescents présentant des comportements d'automutilation, a permis de diminuer ces comportements chez les jeunes. Toutefois, comparativement à des jeunes (n = 183) recevant les soins usuels (traitements non documentés), aucune différence n'a été constatée. Les auteurs signalent que les jeunes du groupe de comparaison ont diminué leurs comportements d'automutilation d'une manière inattendue. Une étude quasi expérimentale a montré que la thérapie comportementale dialectique effectuée auprès de 64 adolescents hospitalisés en pédiatrie aide à diminuer les comportements d'automutilation chez ces jeunes et ces gains se seraient maintenus au suivi d'un an. Ces résultats ne sont pas statistiquement différents de ceux du groupe de comparaison. Il est toutefois à noter que ce dernier recevait un traitement alternatif qui consistait en une thérapie psychodynamique et des interventions de groupe (non définies). La thérapie cognitivo-comportementale a également été évaluée auprès de 25 adolescents présentant des comportements d'automutilation. D'une durée de 8 à 12 semaines, le programme manualisé Cutting Down inclut des stratégies cognitivo-comportementales et motivationnelles ainsi que le développement des capacités d'adaptation. Au terme du traitement, les 25 adolescents ont rapporté une réduction de leurs comportements d'automutilation et cette réduction s'est maintenue au suivi de trois mois. Cette étude n'avait pas de groupe de comparaison. Autres résultats issus d'études intégrant des interventions brèves : • Dans une étude, des adolescents recevaient une intervention brève combinée à une évaluation de leur santé mentale par un psychologue. Les résultats ont montré que 86 % des adolescents de ce groupe poursuivaient au moins une visite de suivi comparativement à 51 % des adolescents d'un groupe témoin. • Une étude sur des données issues de six départements d'urgence en Angleterre indique qu'une simple évaluation psychosociale, chez des adolescents s'étant présentés à l'urgence pour des blessures résultant de comportements d'automutilation, aurait été suffisante pour réduire ces comportements.		
Conclusion des auteurs	Les études incluses dans cette revue montrent qu'une variété d'interventions sont utilisées auprès d'adolescents et d'adultes présentant des comportements d'automutilation. Des thérapies cognitivo-comportementales et comportementales dialectiques entraînent des diminutions des comportements d'automutilation chez les adolescents qui reçoivent ces interventions, mais aucune étude n'a présenté de diminutions significatives de ces comportements chez les adolescents recevant ces interventions comparativement à d'autres recevant les traitements usuels. Les auteurs concluent que des évaluations en santé mentale, lors de visites à l'urgence, combinées à une séance de thérapie brève donnée par un psychologue, sont corrélées à une diminution des comportements d'automutilation et à une meilleure adhésion au traitement. Étant donné que les adolescents qui poursuivent leurs traitements ont plus de chance de rétablissement, ces thérapies brèves et ponctuelles présenteraient un potentiel d'efficacité intéressant pour aider les adolescents qui s'automutilent.		

⁵⁵ D = étude qui offre peu de pertinence clinique notable.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting) Critères de sélection des études d'efficacité	
Labelle <i>et al.</i> , 2015	Revue systématique Score de qualité sur la grille Amstar : A ⁵⁶ 25 études N = 2874 ECR et études quasi expérimentales	P	Adolescents de 12 à 18 ans, suivis en clinique pour des comportements suicidaires (idées ou tentatives) ou de l'automutilation.
		I	Interventions cognitivo-comportementales et comportementales dialectiques effectuées principalement par des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux.
		C	Comparaison : Avant/après. Groupe témoin avec traitement usuel, liste d'attente, sans intervention ou intervention alternative.
		O	Idées suicidaires, tentatives de suicide et automutilation.
		T	1990-2014.
		S	Interventions réalisées en milieu clinique.
Objectifs	Évaluer l'efficacité des interventions sur les comportements suicidaires et d'automutilation.		
Résultats	Les résultats montrent des diminutions significatives des comportements suicidaires et d'automutilation allant de modestes à modérées comme le montrent les tailles d'effet estimées. Par exemple : • pour la réduction des idées suicidaires, une méta-analyse incluant 14 études utilisant les thérapies cognitivo-comportementales et comportementales dialectiques (les deux ont été combinées dans l'analyse), une taille d'effet modérée de 0,40 (p = 0,001) a été obtenue; • pour la réduction des comportements d'automutilation, utilisant les mêmes types de thérapie, une taille d'effet faible de 0,27 (p = 0,001) a été trouvée; • pour le nombre de tentatives de suicide, aucun effet n'a été trouvé chez les adolescents à l'étude. Les auteurs ont trouvé une corrélation modérée et significative (r = 0,54; p = 0,04) entre le nombre de sessions thérapeutiques et les idées suicidaires, mais pas pour l'automutilation et les tentatives de suicide. Pour ces derniers, une corrélation forte et significative (r = 0,83; p = 0,02) a été trouvée avec la durée (nombre total de semaines).		
Conclusion des auteurs	Selon les auteurs, leur revue montre que les interventions cognitivo-comportementales et comportementales dialectiques sont associées à une diminution des idées suicidaires et des comportements d'automutilation. Les auteurs considèrent que les thérapies visant l'amélioration des capacités d'adaptation et la régulation des émotions chez les adolescents sont des avenues prometteuses pour le traitement des comportements suicidaires et d'automutilation. Par contre, les auteurs précisent que, dans l'ensemble, la qualité méthodologique des études va de faible à modérée et que le nombre d'études disponibles est limité, d'où le besoin de continuer les recherches et la production d'études rigoureuses sur ces sujets.		

⁵⁶ A = étude des plus fiables basée sur les meilleures preuves disponibles.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting)	
		Critères de sélection des études d'efficacité	
Ougrin <i>et al.</i> , 2015	Méta-analyse Score de qualité sur la grille Amstar : A ⁵⁷ 19 études N = 2130 ECR	P	Adolescents de moins de 18 ans ayant présenté au moins un épisode d'automutilation ou ayant déjà fait au moins une tentative de suicide.
		I	Les interventions incluses dans cette méta-analyse sont diverses; on y retrouve des thérapies cognitivo-comportementales, comportementales dialectiques, psychodynamiques, cognitives analytiques et des thérapies familiales; on retrouve également des interventions axées sur la résolution de problèmes et des interventions visant la gestion des émotions. Certaines interventions intègrent des composantes visant l'amélioration des compétences parentales et des compétences personnelles. Les interventions sont réalisées de manière individuelle ou en groupe. Les intervenants qui réalisent les interventions ne sont pas spécifiés, à l'exception des travailleurs sociaux qui ont offert les thérapies familiales à domicile. Les durées des interventions varient entre 2 et 24 mois (fréquence et durée des sessions non mentionnées).
		C	Groupes de comparaison avec traitement usuel ou placebo.
		O	Comportements d'automutilation et tentatives de suicide.
		T	Études effectuées entre 1995-2014.
		S	Interventions réalisées en milieu clinique et communautaire.
Résultats	La méta-analyse effectuée sur l'ensemble des études a fait ressortir une diminution légèrement plus marquée de comportements d'automutilation et de tentatives de suicide chez les adolescents ayant reçu les interventions, comparativement à ceux ayant reçu les traitements usuels ou une intervention placebo (d = 0,07; p = 0,02; N = 19 études). Outre le nombre de séances de traitement, les régressions réalisées par les auteurs n'ont pu mettre en évidence les facteurs associés à l'efficacité des interventions.		
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent que les interventions peuvent être efficaces pour diminuer ou prévenir les comportements d'automutilation. Les analyses n'ont pu mettre en évidence des caractéristiques spécifiques ayant pu contribuer à une plus grande efficacité des interventions. Les résultats ne permettent pas de recommander des interventions spécifiques. Toutefois, les auteurs ont noté que les tailles d'effet les plus fortes pour la réduction des comportements d'automutilation étaient liées à des interventions de type cognitif comportemental, comportemental dialectique et aux techniques de mentalisation.		

⁵⁷ A = étude des plus fiables basée sur les meilleures preuves disponibles.

Auteurs Année	Qualité de la revue/ Nombre études/patients	P Population I Intervention C Comparateur O Résultats (Outcomes) T Temporalité S Milieu d'intervention (Setting)	
		Critères de sélection des études d'efficacité	
Szumilas et Kutcher, 2011	Revue systématique Score de qualité sur la grille Amstar : D ⁵⁸ 16 études ECR, études quasi expérimentales, écologiques et de cas	P	Enfants et adolescents d'âge scolaire, personnel en milieu scolaire et personnes endeuillées par un suicide.
		I	Programmes d'intervention (postvention, intervention de type sentinelle) en milieu scolaire, interventions de soutien auprès de familles endeuillées par un suicide. Les programmes de postvention utilisent divers éléments tels que du soutien psychologique au besoin pour les jeunes, du <i>débriefing</i> psychologique, du counselling de groupe pour les élèves, des interventions de soutien à caractère religieux offertes dans la communauté pour les jeunes, du counselling pour les familles endeuillées, de la formation pour les situations de crise à l'intention du personnel scolaire, etc. Les interventions ont été effectuées par des psychologues ou des intervenants ayant reçu de la formation sur la postvention (durées non mentionnées). Les durées des interventions vont d'une session unique de 90 minutes à 19 sessions hebdomadaires de 3 heures.
		C	Évaluation avant/après, groupe témoin sans intervention.
		O	Nombre de suicides et de tentatives de suicide, symptômes de deuil, détresse psychologique, connaissance sur le suicide.
		T	Études antérieures à 2010.
		S	Interventions réalisées en milieu scolaire, en milieu communautaire et auprès des familles.
Résultats	Interventions de postvention réalisées en milieu scolaire • Une intervention de postvention intégrant une séance unique de counselling a été offerte par des psychiatres ou des psychologues à des adolescents à la suite du suicide d'un ami à l'école. Les résultats n'ont montré aucune différence significative concernant le nombre de suicides, de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires chez les jeunes (n = 63) comparativement à des jeunes (n = 63) ayant vécu une situation similaire dans une école témoin. • À la suite de suicides d'adolescents, un programme de postvention intégrant une séance unique de <i>débriefing</i> psychologique a été appliqué par des psychologues auprès de collègues de classe (n = 89) des suicidés dans trois écoles en Finlande. Les résultats de surveillance du suicide effectuée sur une durée de quatre ans indiquent qu'il n'y a pas eu d'autres cas de suicide dans ces écoles. • Dans une autre étude, des activités standards de postvention ont été implantées dans une école secondaire (n = 400 élèves de niveau scolaire 7 et 8) suivant les suicides de deux élèves. Les résultats observés indiquent que ces activités ont eu peu d'effets sur les conséquences négatives des suicides. En effet, une trentaine de comportements suicidaires ont été observés chez les jeunes (aucune analyse statistique, seulement des observations d'occurrences de comportements) par des travailleurs sociaux, dans les six mois suivant cette intervention, comparativement à deux ou quatre événements annuels observés dans les années antérieures (nombre d'années non mentionné). Une étude intégrant une intervention sentinelle (formation d'une durée de 4 mois offerte en sessions hebdomadaires de 3 heures) a permis d'améliorer les connaissances (amélioration moyenne à un test de 8,9 % ; taille d'effet de 0,76) en matière de gestion de crise au sein du personnel (n = 205) de plusieurs écoles secondaires de l'Illinois (nombre d'écoles non mentionné). Enfin, une thérapie de groupe (éducation sur les aspects psychologiques du suicide, sur les motivations à survivre et sur les problèmes non résolus), d'une durée variant entre 1 et 15 séances hebdomadaires, a été effectuée dans un centre d'intervention de crise auprès de 28 personnes endeuillées (parents, fratries, personnes âgées de 14 à 66 ans) par un suicide. Au terme de cette intervention, 61 % des participants rapportent que le groupe de soutien les a aidés à réduire à court terme leur détresse psychologique.		
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent que cette revue systématique ne confirme pas l'efficacité des programmes de postvention examinés visant à réduire l'incidence du suicide, des tentatives de suicide ou la contagion du suicide en milieu scolaire. La mise en place d'interventions de type sentinelle pour améliorer les compétences du personnel scolaire dans l'éventualité d'une situation de crise et d'interventions de postvention à l'intention des survivants endeuillés par un suicide est toutefois encouragée.		

⁵⁸ D = étude qui offre peu de pertinence clinique notable.

ANNEXE C

Description des programmes d'intervention ciblant les jeunes qui présentent un risque suicidaire ou de l'automutilation

La recension des écrits a permis de répertorier onze études primaires (essais cliniques randomisés et non randomisés et études quasi expérimentales) portant sur l'évaluation des effets de différentes interventions sur le risque suicidaire et les comportements d'automutilation.

Rappelons que les informations fournies dans la littérature recensée, dans le cadre de nos travaux, ne permettent pas de déterminer si l'intervention utilisée relève ou non de la psychothérapie, telle qu'elle est définie au Québec. Par conséquent, le terme « thérapie » doit être interprété selon son sens générique qui peut renvoyer autant à la psychothérapie, telle qu'elle est définie au Québec, qu'à des interventions qui s'y apparentent sans être des activités réservées en vertu du PL 21.

Les tableaux de cette section décrivent les différentes composantes des études primaires, dont les clientèles ciblées par les interventions, les types et les modalités de ces interventions, ainsi que les principaux résultats d'efficacité et les conclusions des auteurs. Les études sur les comportements suicidaires sont classées en premier, suivies de celles sur l'automutilation. Pour chacune des problématiques, les études sont présentées par ordre alphabétique à partir du nom du premier auteur.

Auteurs/année	Bean et al., 2011
Titre	Connect: An effective community-based youth suicide prevention program
Nom du programme/intervention	Programme Connect: Connect Suicide Prevention Project National Alliance on Mental Illness – New Hampshire (NAMI NH)
Type d'intervention	Programme de prévention du suicide intégrant une approche écologique
Clientèle ciblée par l'étude	Une formation a été offerte à 648 adultes issus de deux communautés rurales du New Hampshire (États-Unis) et à 204 adolescents provenant de quatre écoles secondaires de ces communautés. Les intervenants formés proviennent de disciplines variées, soit des policiers, des premiers répondants, des éducateurs, des travailleurs de première ligne, des travailleurs sociaux et des professionnels en santé mentale.
Intervenants qui offrent l'intervention	Professionnels et animateurs formés ainsi que des parties prenantes de la communauté.
Objectifs et description de l'intervention	Les objectifs du programme Connect sont : • former des sentinelles (adultes et adolescents) afin d'amener les participants à être vigilants dans la reconnaissance des facteurs pouvant indiquer qu'un jeune présente un risque de suicide; • outiller les adultes pour qu'ils puissent interagir avec le jeune et l'aider à établir un lien avec les professionnels et les services appropriés; • modifier positivement les croyances des participants quant à l'utilité des services et des soins de santé mentale (diminution des stigmas perçus par les participants). Chaque participant reçoit un protocole détaillant le rôle de chacun comme sentinelle. Les activités du programme se déroulent de façon interactive (jeux de rôles, mises en situation, etc.).
Modalités d'intervention (nombre de sessions,	Session unique de trois heures, réalisée en groupe à l'aide d'une présentation PowerPoint.

Auteurs/année Titre	Bean <i>et al.</i>, 2011 Connect: An effective community-based youth suicide prevention program
individuelle ou en groupe, durée)	
Principaux résultats d'efficacité	Les résultats au posttest (mesurés immédiatement après la formation) chez les adultes indiquent des améliorations significatives des connaissances sur le suicide (en moyenne : 52 % de bonnes réponses au prétest comparativement à 87 % au posttest; $p < 0,01$). Les jeunes ayant reçu la formation ont également connu une amélioration de leurs connaissances sur ce sujet (en moyenne : 73 % de bonnes réponses au prétest contre 93 % au posttest, $p < 0,001$). Les participants adultes ont aussi présenté une amélioration des croyances sur l'utilité des soins en santé mentale (87 % au prétest contre 95 % au posttest; $p < 0,001$) ainsi qu'une légère réduction de la stigmatisation envers les jeunes présentant un risque de suicide qui demandent de l'aide ($d = 0,26$; $p < 0,001$). Chez les jeunes formés, les croyances quant à l'utilité des soins en santé mentale ont augmenté significativement du prétest au posttest (78 % contre 95 %), alors que le score de stigmatisation a significativement été réduit ($d = 0,44$; $p < 0,001$). Les résultats indiquent également qu'après la formation, les participants adultes se sentent mieux préparés à intervenir auprès d'un jeune à risque suicidaire (25 % contre 43 %; $p < 0,001$) alors que leur sentiment quant à la responsabilité de répondre à un jeune à risque n'a pas changé entre le prétest et le posttest étant donné que leur score était déjà élevé au prétest (94 % contre 96 % au posttest). Chez les jeunes, ces résultats montrent qu'ils se sentent mieux préparés à intervenir (52 % contre 83 %; $p < 0,001$) et plus responsable de répondre à un jeune à risque suicidaire (85 % contre 90 %; $p < 0,001$) après la formation.
Conclusion des auteurs	Les auteurs ont conclu à la présence de plusieurs bénéfices obtenus à la suite de la formation au programme Connect. Outre les connaissances et les attitudes, cette formation a procuré un langage commun au sein de la communauté, ce qui a facilité les discussions en lien avec le sujet du suicide et l'intervention auprès des jeunes. Les auteurs considèrent aussi que le programme a permis d'apporter des changements positifs dans les politiques et les procédures des programmes et des agences responsables d'assurer les services. De plus, les auteurs considèrent que ces changements pourraient se maintenir à long terme.

Auteurs/année Titre	Coleman et Del Quest, 2015 Science from evaluation: Testing hypotheses about differential effects of three youth-focused suicide prevention trainings
Nom du programme/intervention	Trois programmes d'intervention en milieu scolaire : deux de ces programmes prévoient des formations brèves, soit QPR (<i>Question, Persuade, Refer</i>) et le programme RESPONSE. Le troisième programme se nomme ASIST (<i>Applied Suicide Intervention Skills Training</i>) et requiert une formation intensive.
Type d'intervention	Programmes de prévention intégrant une approche écologique en formant les adultes pour qu'ils puissent détecter les jeunes ayant des idées ou des comportements suicidaires, les référer et intervenir auprès d'eux.
Clientèle ciblée par l'étude	Formation de 126 intervenants travaillant auprès des jeunes (professeurs, travailleurs sociaux, entraîneurs, leaders religieux, intervenants en milieu correctionnel ou autres). De ces intervenants, 60 % ont reçu la formation du programme RESPOND, 22 % le programme QPR et 18 % ont été formés pour le programme ASIST.
Intervenants qui offrent l'intervention	Étudiants à la maîtrise en psychologie, travailleurs sociaux ou professionnels de santé publique; toutes ces personnes possèdent un degré d'expérience personnelle modéré ou fort.
Objectifs et description de l'intervention	Les trois programmes de sentinelles forment les participants pour les amener à être vigilants dans la reconnaissance des facteurs pouvant indiquer qu'un jeune présente un risque de suicide. Les objectifs des programmes se définissent par les cinq dimensions suivantes : 1. se sentir préparé à intervenir : développer un sentiment d'auto-efficacité, à partir des connaissances acquises; 2. développer un sentiment d'efficacité : outiller les participants quant à leurs capacités et à leur confiance personnelle face à une personne à risque suicidaire; 3. référer : mettre le jeune en lien avec les professionnels et les services appropriés; 4. savoir poser des questions au sujet de la détresse et du suicide : apprendre aux participants comment entrer en interaction avec le jeune; 5. savoir donner la bonne information aux jeunes : savoir « quoi » et « comment » répondre au jeune. Les programmes utilisent des activités interactives (jeux de rôles, mises en situation, etc.) et de l'éducation sur le phénomène du suicide. Étant plus intensif, le programme ASIST est plus axé sur la formation des participants relativement au développement de compétences personnelles et interpersonnelles pour intervenir auprès des jeunes.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Les programmes QPR et RESPONSE offrent une session unique de deux heures effectuée en groupe. La formation du programme ASIST est intensive et se déroule sur deux jours. Cette formation est disponible en français en Ontario. Ce programme est également offert en groupe.
Principaux résultats d'efficacité	Une évaluation des effets sur les compétences des adultes formés et une comparaison des trois programmes de formation ont été effectuées. Tous les intervenants formés dans les trois programmes (RESPONSE, QPR, ASIST) ont amélioré leurs compétences entre le prétest et le suivi de six mois, et ce, en ce qui a trait aux cinq dimensions mesurées (mentionnées plus haut). Les résultats montrent que les programmes d'une durée de deux heures, soit RESPONSE et QPR, obtiennent des résultats comparables. La comparaison des trois programmes indique que les intervenants ayant été formés par le programme intensif ASIST (deux jours de formation) ont amélioré leurs compétences liées à la dimension relative au « nombre de jeunes référés vers les services » ($d^{59} = 0,45$ contre 0,16

⁵⁹ Les tailles d'effet sont exprimées à l'aide du d de Cohen. Un d reflète une taille d'effet faible entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet modérée entre 0,50 et 0,80 et une taille d'effet forte lorsqu'elle est supérieure à 0,80.

Auteurs/année Titre	Coleman et Del Quest, 2015 Science from evaluation: Testing hypotheses about differential effects of three youth-focused suicide prevention trainings
	pour QPR et 0,22 pour RESPOND) et à la dimension portant sur la façon de « poser des questions au sujet de la détresse et du suicide » (d = 1,1 contre 0,16 pour QPR et 0,17 pour RESPOND).
Conclusion des auteurs	Les auteurs concluent que les programmes courts de formation des sentinelles de deux heures sont efficaces pour changer les attitudes et améliorer les connaissances. Cependant, l'évaluation de ces programmes indique des effets faibles quant à la capacité d'interagir avec les jeunes à risque et à la capacité des sentinelles à référer les jeunes vers les ressources. Ces deux dimensions sont importantes dans une perspective de prévention du suicide. Selon les auteurs, l'ajout de composantes liées au développement des connaissances sur les stratégies de modification des comportements serait nécessaire pour améliorer ces formations. Enfin, cette étude va dans le même sens que les études précédentes quant à la supériorité du programme ASIST dans la formation des intervenants.

Auteurs/année Titre	Eskin et al., 2008 Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults
Nom du programme/intervention	Ne s'applique pas
Type d'intervention	Thérapie axée sur la résolution de problèmes
Clientèle ciblée par l'étude	Les participants à l'étude sont 46 jeunes issus d'écoles secondaires (âge moyen = 16 ans) et d'une université d'Ankara en Turquie (âge moyen = 22 ans). Le principal critère de sélection de ces jeunes est la présence d'un diagnostic de dépression.
Intervenants qui offrent l'intervention	Deux étudiants gradués en psychologie clinique ayant reçu une formation et une supervision par la personne ayant conçu le programme.
Objectifs et description de l'intervention	La thérapie est structurée selon six étapes de résolution de problèmes. Ces étapes et le résumé de leur contenu sont les suivants : 1. définition des problèmes : le thérapeute et le jeune travaillent ensemble pour identifier les problèmes et les émotions y étant associées et les moyens pour les résoudre; 2. établissement des buts à atteindre : déterminer des objectifs réalistes et des buts à atteindre. Il devient alors nécessaire de déterminer les forces et les ressources du jeune; 3. recherche de solutions alternatives : le jeune est encouragé à trouver des solutions alternatives au problème défini lors de la première session. Le thérapeute suggère au jeune de « donner des conseils à un ami qui a le même problème » afin de générer des solutions alternatives; 4. prise de décision : la tâche consiste à choisir la meilleure solution au problème, elle devrait être applicable par le jeune et atteindre l'objectif fixé lors de la deuxième session; 5. implantation de la solution : afin de mettre en œuvre la solution choisie, le jeune apprend les compétences nécessaires. Pour pallier le déficit de compétences, des activités interactives telles que « des jeux de rôles » peuvent être utilisées; 6. évaluation et vérification : la mise en œuvre des solutions est évaluée et vérifiée.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Thérapie individuelle manualisée composée de six sessions de 30 à 60 minutes s'échelonnant sur une période de six semaines. Les jeunes du groupe témoin étaient sur une liste d'attente.
Principaux résultats d'efficacité	Après les six semaines de traitement, le potentiel suicidaire a considérablement diminué chez l'ensemble des jeunes à l'étude ($d = 0,80$). Cependant, entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, la taille de l'effet estimée s'avère faible ($d = 0,21$). Toujours au posttest, 78 % des jeunes ayant reçu la thérapie de résolution de problèmes ont diminué leurs symptômes de dépression sous le seuil clinique, alors que cette proportion n'était que de 16 % chez les jeunes du groupe témoin. Les résultats montrent également une différence moyenne et significative sur l'échelle mesurant les comportements interpersonnels (<i>Scale for Interpersonal Behavior</i>) en faveur du groupe ayant reçu la thérapie ($d = 0,48$). De même, l'estime de soi a considérablement augmenté chez le groupe ayant reçu la thérapie, alors qu'elle est demeurée inchangée chez les jeunes du groupe témoin ($d = 0,93$). Les auteurs ont mesuré les effets au suivi de 12 mois et ont constaté un maintien des gains obtenus relativement au potentiel suicidaire et aux symptômes de dépression chez les jeunes ayant reçu l'intervention. Pour l'estime de soi, ce facteur n'a pas été mesuré au suivi.
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent que, dans l'ensemble, les résultats de l'étude indiquent clairement que l'utilisation de la thérapie de résolution de problèmes est efficace dans le traitement de la dépression et du potentiel suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes. Les résultats montrent également que ce type de thérapie peut réduire à court terme les symptômes de troubles mentaux et peut aider à augmenter l'effet des facteurs de protection tels que les compétences dans les relations interpersonnelles et l'estime de soi.

Auteurs/année Titre	Green et al., 2011 Group therapy for adolescents with repeated self-harm: randomised controlled trial with economic evaluation
Nom du programme/intervention	Programme ASSIST (<i>Assessment of Treatment In Suicidal Teenagers</i>)
Type d'intervention	Thérapie développementale manualisée
Clientèle ciblée par l'étude	La population est composée de 366 adolescents âgés de 12 à 17 ans, suivis dans un centre de services en santé mentale dans une région du nord du Royaume-Uni. L'un des critères d'inclusion est d'avoir présenté deux épisodes ou plus d'automutilation au cours de l'année. La moitié des adolescents ont reçu la thérapie manualisée alors que l'autre moitié a reçu les soins usuels (non définis).
Intervenants qui offrent l'intervention	Les thérapeutes qui donnent l'intervention ont un minimum de trois ans d'expérience et sont formés et supervisés par les professionnels du programme ASIST.
Objectifs et description de l'intervention	Les techniques intégrées dans la thérapie développementale manualisée s'inspirent de plusieurs autres thérapies appliquées aux comportements suicidaires, y compris la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale dialectique et la thérapie de groupe. Les thèmes abordés reflètent les préoccupations des adolescents qui s'automutilent, tels que de mauvaises relations avec les pairs, de l'intimidation et des problèmes familiaux. Les adolescents apprennent des stratégies pour gérer ces difficultés en utilisant des techniques comme les jeux de rôles.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	La thérapie manualisée intègre une première phase intensive d'une durée de six semaines à la fréquence d'une session de groupe par semaine. La seconde phase est constituée de sessions facultatives visant à renforcer les comportements positifs appris lors de la première phase et s'échelonne sur une durée indéterminée s'adaptant aux besoins des jeunes.
Principaux résultats d'efficacité	Au posttest, les résultats ne montrent aucune différence quant à la fréquence des comportements d'automutilation entre les jeunes ayant reçu l'intervention et ceux ayant reçu un traitement usuel. Au suivi de douze mois, les adolescents ayant reçu l'intervention ont montré une diminution légèrement plus marquée de leurs comportements d'automutilation comparativement aux témoins, mais ces résultats ne se sont pas avérés significatifs.
Conclusion des auteurs	Au terme de l'évaluation, les auteurs ont conclu à l'absence de différence entre les deux groupes. Ces résultats s'expliqueraient en partie par le fait que le groupe de comparaison recevait une intervention de routine intégrant une gamme de services. Les résultats de l'évaluation n'apportent donc pas d'élément à l'appui quant à l'ajout de la psychothérapie de groupe développementale aux soins de routine pour le traitement de l'automutilation chez les adolescents.

Auteurs/année Titre	Henry et al., 2012 Patterns of protective factors in an intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska Native youth
Nom du programme/intervention	Center for Alaska Native Health Research (CANHR)
Type d'intervention	Interventions participatives communautaires intégrant une approche écologique
Clientèle ciblée par l'étude	Implique plusieurs membres de la communauté : leaders, représentants de l'église, parents, jeunes et autres fournisseurs de services. Les jeunes visés par l'intervention sont 195 jeunes âgés de 12 à 17 ans, issus de trois communautés Yup'ik de l'Alaska (États-Unis).
Intervenants qui offrent l'intervention	Membres adultes de la communauté (parents, grands-parents, autres adultes impliqués auprès du jeune).
Objectifs et description de l'intervention	L'objectif de l'intervention est de faire la promotion des facteurs de protection contre les idées et les comportements suicidaires chez les jeunes. Les interventions ont été développées avec l'aide d'un comité composé de jeunes, d'ainés, de parents, de fournisseurs de services, de leaders de la communauté, de représentants de l'église et des chercheurs de l'université. Le Qungasvik est un manuel expliquant les composantes de chacune des interventions qui se traduisent par des activités culturelles servant de point de départ à des interventions contextualisées en lien avec les coutumes et les histoires de chaque communauté. Chacun des modules est axé sur les facteurs de protection définis par les chercheurs. Toutes les activités sont réalisées avec les adultes (parents et aînés) engagés auprès des jeunes. Activités interactives : « Boîte à outils » offrant plusieurs activités (une ou deux activités proposées pour chaque facteur de protection) faisant la promotion des 12 facteurs de protection définis par la recherche et qui sont en lien avec la réalité des jeunes autochtones. Les facteurs de protection du programme sont les suivants (traduction libre) : 1. Auto-efficacité : <i>c'est la croyance en vous-même en tant que quelqu'un qui peut résoudre vos propres problèmes.</i> 2. Maîtrise communale : <i>c'est un sentiment que vous pouvez résoudre vos propres problèmes en travaillant avec d'autres personnes dans votre vie. Cela inclut la confiance que les autres membres de votre famille et de votre communauté sont là pour vous aider.</i> 3. Vouloir être un modèle : <i>choisir de vivre un « bon mode de vie », être un exemple pour les autres parce qu'une personne voit que ses actions peuvent influencer le comportement des autres.</i> 4. Ellangneq : <i>terme qui signifie « être conscient des conséquences de vos propres actions et de la façon dont celles-ci affectent la famille et la communauté ».</i> 5. Donner : <i>le sens de la responsabilité envers la famille et la communauté.</i> 6. Affection et louanges : <i>les familles Yup'ik montrent qu'elles sont contentes des actions d'un enfant de plusieurs façons et elles louent les comportements méritants.</i> 7. Être traité de façon spéciale : <i>les familles enseignent aux enfants qu'ils ont une place spéciale dans le monde et un rôle unique à remplir.</i> 8. Attentes claires : <i>les familles définissent un comportement acceptable pour l'enfant de façon claire et cohérente.</i> 9. Modèles familiaux : <i>les membres de la famille qui sont sobres sont des modèles et ils encouragent les autres à être sobres.</i> 10. Lieux sécuritaires : <i>les communautés sont des endroits sûrs où les jeunes peuvent se libérer de la toxicomanie et de la violence.</i> 11. Modèles de rôle : <i>les communautés ont des modèles communautaires en dehors de la propre famille de chaque jeune. Ceux-ci peuvent inclure des aînés, des leaders communautaires et d'autres personnes.</i> 12. Limiter la consommation d'alcool : <i>les communautés appliquent les lois locales sur l'alcool et sur le couvre-feu pour les jeunes.</i>

Auteurs/année Titre	Henry et al., 2012 Patterns of protective factors in an intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska Native youth
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Les activités reflètent les valeurs de chaque communauté. Elles sont choisies par les membres de la communauté (ex. : aller cueillir des petits fruits, chasser, etc.) et les adultes accompagnent les jeunes dans l'activité choisie. Environ 12 à 18 mois pour exécuter l'ensemble des activités (environ une activité par mois).
Principaux résultats d'efficacité	Les auteurs ont remarqué que les choix d'activités reflètent l'histoire et les valeurs de chacune des communautés. Par exemple, dans une communauté ayant vécu plusieurs suicides associés à l'alcool, les membres de cette communauté ont priorisé les activités visant la réduction de la consommation d'alcool. Les résultats montrent que 29 % des jeunes de la communauté ont participé à l'activité ciblant les facteurs de protection de « l'auto-efficacité » et de « l'interconnexion » au sein de la communauté. D'autres adolescents (28 %) ont participé à l'activité ciblant le facteur associé au « sens de la communauté » alors que pour 19 % des jeunes, c'est à l'activité liée au facteur de protection appelé « les limites de l'usage d'alcool » qu'ils ont le plus participé. Finalement, dans une proportion moindre, 10 % des jeunes ont peu participé à l'une ou l'autre des activités associées aux différents facteurs de protection. Les auteurs ont trouvé que les plus jeunes participent dans une plus grande proportion aux activités que les plus âgés et ont davantage bénéficié des effets du programme. Les auteurs émettent l'hypothèse que les adolescents plus âgés auraient manqué certaines activités qui étaient perçues comme étant mieux adaptées pour les plus jeunes; de ce fait, ils auraient été moins exposés au programme.
Conclusion des auteurs	Bien que les composantes ou les formes d'activités d'intervention que chaque communauté adopte puissent varier de manière importante en réponse au contexte local, les auteurs considèrent qu'elles ciblent toujours les mêmes facteurs de protection. Les auteurs considèrent que l'implantation de programmes impliquant tous les membres d'une communauté et axés sur les facteurs de protection est une stratégie qui comporte un certain potentiel pour intervenir auprès des jeunes de communautés isolées du nord du Canada.

Auteurs/année Titre	Hetrick et al., 2017 Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): A randomised controlled trial
Nom du programme/intervention	Programme <i>Reframe-IT</i>
Type d'intervention	Intervention assistée par ordinateur et inspirée des thérapies cognitivo-comportementales
Clientèle ciblée par l'étude	Les participants sont 50 élèves âgés de 14 à 18 ans, recrutés dans des écoles du nord de la ville de Melbourne (Australie). Pour être inclus dans le programme, les jeunes devaient avoir eu des idées suicidaires au cours du dernier mois.
Intervenants qui offrent l'intervention	Une formation est offerte à certains membres du personnel des écoles impliquées dans le projet. Les personnes ainsi formées accompagnent les jeunes lors du visionnement des modules sur ordinateur. Des psychologues cliniciens répondent aux questions des jeunes via le site Web.
Objectifs et description de l'intervention	Le programme <i>Reframe-it</i> est offert virtuellement et chaque adolescent, accompagné par un membre du personnel de l'école, a accès à sa propre page Web personnalisée. L'intervention se compose de huit modules d'intervention inspirés de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), pour lesquels une série de vidéos réalisées par des jeunes est présentée aux participants. Chaque vidéo est commentée par un adulte dont le rôle est d'expliquer les approches de TCC qui y sont présentées. Les thèmes couverts par les vidéos sont les suivants : • l'engagement et l'identification des problèmes; • la reconnaissance de l'émotion et la tolérance à la détresse; • l'identification des pensées automatiques négatives; • les comportements positifs (ex. : savoir trouver de l'aide); • les techniques de relaxation; • la résolution de problèmes; • la restructuration cognitive. Le site Web de <i>Reframe-it</i> inclut un tableau virtuel où le jeune peut écrire des messages à un psychologue clinicien qui lui répond personnellement. Les activités comprennent des feuillets d'information couvrant plusieurs sujets, dont la gestion des pensées suicidaires, des activités de relaxation (format numérique audio MP3) et des pages avec une liste de ressources pour obtenir de l'aide en cas d'urgence ou pour du soutien.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Intervention avec huit modules s'étalant sur une période de 22 semaines. Chaque module est complété par l'élève en présence d'un membre du personnel de l'école. Deux activités par semaine sont prévues ainsi qu'un devoir à faire à la maison. Chaque participant a accès au site Web 24 heures par jour à partir de la maison. Le programme est dépourvu de fonction de réseau social.
Principaux résultats d'efficacité	Les résultats de l'étude montrent que tant au suivi de 10 semaines qu'à celui de 22 semaines, les jeunes ayant suivi le programme ont présenté une diminution de l'ensemble de leurs symptômes (anxiété, dépression, idées suicidaires) dans une proportion plus grande que les jeunes du groupe témoin (résultats non significatifs). Les jeunes ayant suivi le programme ont également amélioré leurs compétences personnelles d'une façon plus marquée que ceux du groupe témoin. Par exemple, au suivi de 22 semaines, les différences de scores mesurés sur les échelles vont comme suit : • diminution du score d'anxiété : I60 = -13,2, T61 = -7,8; • diminution du score de dépression : I = -16,1, T = -11,2; • diminution du score associé aux idées suicidaires : I = -61,6, T = -47,1; • amélioration du score sur les compétences personnelles : I = 6,9, T = 1,8; • amélioration du score de la sous-échelle mesurant la capacité de « restructuration cognitive » : I = 2,5, T = -1,2.

⁶⁰ I : groupe d'intervention

⁶¹ T : groupe témoin

Auteurs/année Titre	Hetrick <i>et al.</i>, 2017 Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): A randomised controlled trial
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent qu'une intervention telle que <i>Reframe-IT</i> constitue une ressource additionnelle pouvant être utilisée par les étudiants présentant un risque de suicide. Toujours selon les auteurs, les études futures devraient recruter les participants d'une manière plus directe que par l'intermédiaire du personnel scolaire afin de valider plus adéquatement les effets du programme.

Auteurs/année Titre	Hooven et al., 2012 Promoting CARE including parents in youth suicide prevention
Nom du programme/intervention	<i>Promoting CARE program (Counselors Care, Assess, Respond, Empower)</i>
Type d'intervention	Programme d'intervention assisté par ordinateur et basé sur les théories sociales d'apprentissage, de motivation, de soutien social et d'acquisition de compétences personnelles
Clientèle ciblée par l'étude	La population à l'étude est composée de 615 adolescents âgés de 14 à 19 ans recrutés dans 20 écoles de la région de Seattle (États-Unis) et de leurs parents. Pour participer au programme, les jeunes doivent avoir fait une ou des tentatives de suicide, présenter un taux d'idées suicidaires élevé ou des symptômes dépressifs ou une dépression, ou encore consommer de l'alcool et des drogues en présence d'un risque suicidaire. Des comparaisons ont été effectuées entre les trois groupes suivants et le groupe témoin : 1) les jeunes reçoivent le C-CARE (N = 153); 2) les parents reçoivent le P-CARE (N = 155); 3) le groupe combiné : les jeunes reçoivent le C-CARE et les parents reçoivent le P-CARE (N=164); 4) le groupe témoin (intervention usuelle) : lors d'une brève entrevue de 30 minutes, les jeunes reçoivent de l'information sur les facteurs de risque de suicide (dérivés de l'entrevue C-CARE) et les parents reçoivent de la formation à l'aide d'un entretien téléphonique (formation brève sur le soutien). Tous les jeunes ont été mis en lien avec une infirmière scolaire ou un conseiller après l'entrevue; ces derniers ont également reçu une formation sur le soutien à donner aux jeunes vulnérables (N = 143).
Intervenants qui offrent l'intervention	Selon les auteurs, le programme pourrait être offert par les professionnels suivants : cliniciens en santé mentale, y compris les thérapeutes familiaux, les conseillers scolaires et les infirmières psychiatriques. Le C-CARE à l'intention des jeunes inclut des activités interactives sur support informatique visant à : • évaluer la motivation à changer ses comportements (facteurs de risque); • reconnaître et utiliser ses ressources individuelles et sociales; • offrir une évaluation interactive et un <i>counseling</i> motivationnel individuel. Le P-CARE à l'intention des parents vise à : • réduire les conflits; • augmenter l'écoute et le soutien offerts aux jeunes; • apprendre à mieux guider les jeunes dans l'acquisition d'une gestion optimale de leurs comportements.
Objectifs et description de l'intervention	
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	C-CARE : Intervention individuelle de deux heures et une intervention assistée par ordinateur. P-CARE : Programme bref offert en deux sessions d'une heure et demie à la maison. Les parents reçoivent également des documents papier.
Principaux résultats d'efficacité	Les résultats comparant le groupe témoin et le groupe combiné (P-CARE + C-CARE), mesurés au posttest d'un mois, montrent des diminutions significatives chez les jeunes pour l'ensemble des facteurs de risque (comportements suicidaires, dépression, désespoir, anxiété et colère) ainsi que des améliorations significatives pour tous les facteurs de protection (contrôle personnel, capacité de résolution de problèmes et soutien familial). Seule la différence entre les deux groupes quant à la dimension du « dysfonctionnement familial » ne s'est pas avérée statistiquement significative. Les comparaisons entre le C-CARE et le groupe témoin montrent des diminutions significatives des facteurs de risque suivants : la dépression, l'anxiété et la colère. Pour le facteur de protection « contrôle personnel », l'amélioration observée s'est avérée significative.

Auteurs/année Titre	Hooven et al., 2012 Promoting CARE including parents in youth suicide prevention
	Les interventions offertes aux parents seulement (P-CARE) engendrent des diminutions légèrement plus importantes chez leurs jeunes que chez les jeunes du groupe témoin. Cependant, ces différences ne sont pas significatives.
Conclusion des auteurs	Les auteurs de l'étude considèrent que le <i>Promoting CARE program</i> apporte une contribution importante à la prévention du suicide chez les populations à haut risque. Cette étude a aussi montré les avantages d'une approche de prévention du suicide qui implique une détection du risque suicidaire et l'implantation d'interventions brèves en milieu scolaire tout en engageant la participation des jeunes et de leurs parents.
Le Parent-CARE a également fait l'objet d'une évaluation qualitative auprès de 343 parents. La section suivante présente les principaux résultats d'efficacité et les conclusions des auteurs.	
Principaux résultats d'efficacité	L'évaluation de l'étude porte sur l'appréciation par les parents des deux sessions de formation reçues à la maison et sur les effets sur les adolescents. Les résultats montrent que la satisfaction globale des parents par rapport au programme était élevée, soit de 4,8 sur une échelle de 5 pour les deux sessions. Les parents rapportent également qu'ils utilisent les compétences apprises même après la fin du programme. Toutefois, ils n'ont rapporté aucune différence quant à la fréquence des conflits avec leur adolescent ni quant à l'évolution de leur relation.
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent que le programme P-Care est une intervention efficace pour les jeunes présentant un risque de suicide et les résultats laissent supposer qu'il est apprécié par les parents. Le programme comprend un protocole détaillé expliquant aux parents son contenu et la façon de l'administrer auprès des jeunes. Toujours selon les auteurs, l'implantation du programme doit être supervisée par des professionnels travaillant au sein d'une équipe de santé mentale. Ce programme intègre une approche de prévention du suicide axée sur l'ensemble de la famille, ce qui encourage le partenariat entre les cliniciens et la famille.

Auteurs/année Titre	Keller et al., 2009 Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention
Nom du programme/intervention	<i>Tennessee Lives Count project</i> Projet qui s'inscrit dans une initiative nationale et qui intègre une approche écologique
Type d'intervention	Programme de prévention du suicide intégrant une formation sur le modèle <i>Question, Persuade, Refer</i> [QPR]
Clientèle ciblée par l'étude	Formation de 416 intervenants travaillant auprès des jeunes, en familles d'accueil, en éducation, en protection de l'enfance, en justice juvénile (professeurs, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, etc.) issus de l'État du Tennessee (États-Unis).
Intervenants qui offrent l'intervention	Les sessions de formation ont été offertes par des intervenants du <i>Tennessee Lives Count Project</i> .
Objectifs et description de l'intervention	La formation consiste à : • guider les participants pour les amener à être vigilants dans la reconnaissance des facteurs de risque suicidaire chez les jeunes; • préparer les personnes à entrer en contact avec le jeune et mettre ce dernier en lien avec les professionnels et les services appropriés; • outiller les intervenants concernant leurs capacités et leur confiance personnelle face à une personne à risque suicidaire; • réaliser des activités interactives (jeux de rôles, mises en situation, etc.).
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Session unique de deux heures en groupe. Les participants adultes ont été interrogés en prétest, en posttest et au suivi de six mois.
Principaux résultats d'efficacité	Les résultats mesurés entre le prétest et le posttest indiquent des améliorations significatives des connaissances sur le suicide ($d = 1,54$) chez les intervenants, une amélioration de leur sentiment de compétence à intervenir ($d = 1,43$) et une diminution de leur « perception du caractère inévitable du suicide » ($d = 0,50$). Les effets du programme sur ces trois dimensions se sont estompés entre le prétest et le suivi de six mois, mais ils sont demeurés élevés sur les connaissances acquises et le sentiment de compétence (connaissances sur le suicide : $d = 0,83$; sentiment de compétence à intervenir : $d = 0,70$; perception du caractère inévitable du suicide : $d = 0,18$). Les résultats révèlent des différences importantes dans les scores des participants en fonction de leur milieu de travail respectif. En effet, les intervenants qui travaillent dans le milieu de la réadaptation ou du domaine des jeunes contrevenants ont mieux réussi et ont obtenu de meilleurs scores pour les trois dimensions du programme comparativement aux membres du personnel en milieu scolaire.
Conclusion des auteurs	Les auteurs considèrent qu'une formation brève de deux heures en prévention du suicide telle que le modèle QPR a le potentiel d'améliorer les connaissances et le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que de favoriser la diminution de la croyance que le suicide est un phénomène inévitable (inévitabilité du suicide). La diminution des scores au suivi de six mois suggère cependant un besoin d'actualisation du contenu de la formation.

Auteurs/année Titre	King et al., 2011 Preliminary effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors
Nom du programme/intervention	<i>Surviving the Teens®</i>
Type d'intervention	Programme scolaire de prévention du suicide développé à partir des théories sociales de Bandura, plus précisément celles visant l'auto-efficacité
Clientèle ciblée par l'étude	Adolescents (N = 1030) d'écoles secondaires, inscrits dans les classes de la neuvième à la douzième année de la région de Cincinnati aux États-Unis.
Intervenants qui offrent l'intervention	Coordonnateurs formés pour le programme <i>Surviving the Teens®</i> .
Objectifs et description de l'intervention	Les objectifs de ce programme sont les suivants : • améliorer les connaissances des jeunes sur les symptômes de dépression, les signes de suicide, les facteurs de risque et les mythes associés au suicide; • diminuer la stigmatisation associée à la dépression et à d'autres troubles mentaux; • améliorer les compétences adaptatives des jeunes (gestion de la colère, estime de soi, capacité à communiquer avec leurs parents); • reconnaître les signes de dépression et de suicide chez les autres et chez soi-même; • inciter les jeunes à chercher de l'aide en cas de besoin; • augmenter les liens entre les familles et l'école; • diminuer les comportements à risque tels que la consommation d'alcool et de drogues. Les activités du programme se déroulent sous forme interactive en utilisant des récits de vie, des jeux de rôle, des mises en situation et des discussions. Les jeunes reçoivent du matériel de prévention, ont accès à un site Web qui donne de l'information utile et reçoivent une carte de référence à des centres d'intervention de crise.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Formation de groupe, offerte en classe et constituée de quatre sessions de 50 minutes chacune.
Principaux résultats d'efficacité	La comparaison entre le posttest (mesuré immédiatement après l'administration du programme [N = 919]) et le prétest montre : • que le sentiment d'auto-efficacité a significativement augmenté chez les jeunes (4,1 % contre 3,8 %; $p < 0,001$); • que les jeunes se sentent plus aptes à reconnaître un ami qui est suicidaire (4,2 % contre 3,6 %; $p < 0,001$); • qu'ils se disent plus en mesure de « savoir quoi faire » en présence d'un ami suicidaire (4,4 % contre 3,8 %; $p < 0,001$); • qu'ils sauraient plus comment demander à un ami s'il est suicidaire (4,1 % contre 3,6 %; $p < 0,001$); • qu'ils seraient plus enclins à parler à leurs parents au sujet de leurs propres problèmes (3,8 % contre 3,3 %; $p < 0,001$). Au suivi de trois mois, bien que les scores soient légèrement plus bas qu'au posttest, les résultats indiquent que tous ces effets se sont maintenus (N = 416). De plus, comparativement aux données observées au prétest, au suivi de trois mois, les résultats du programme montrent des diminutions du nombre de jeunes : • ayant fait des tentatives de suicide (5,2 % contre 1,7 %; $p = 0,011$) au cours des trois mois précédents; • ayant fait des plans de suicide (9,9 % contre 5,2 %; $p = 0,003$); • ayant sérieusement considéré faire une tentative de suicide (4,2 % contre 1,5 %; $p = 0,035$).

Auteurs/année Titre	King <i>et al.</i>, 2011 Preliminary effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors
Conclusion des auteurs	Les résultats observés dans cette étude indiquent que les effets du programme sont multiples, pour la plupart significatifs, et qu'ils se maintiennent sur trois mois. Les auteurs considèrent que ces résultats sont bénéfiques pour la planification d'interventions et d'efforts de prévention à venir. En plus des résultats positifs observés, les auteurs suggèrent que les acquis soient renforcés afin que les jeunes retiennent les informations apprises.

Auteurs/année Titre	Rossouw et Fonagy, 2012 Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial
Nom du programme/intervention	<i>Mentalization- based treatment for adolescents (MBT-A)</i>
Type d'intervention	Thérapie basée sur les techniques de mentalisation
Clientèle ciblée par l'étude	La population à l'étude est composée de 80 adolescents âgés de 12 à 17 ans s'étant présentés aux urgences de la région du nord de Londres (Angleterre), en raison de blessures causées par de l'automutilation.
Intervenants qui offrent l'intervention	22 professionnels travaillant en santé mentale auprès des enfants et des adolescents ayant reçu une formation de six jours sur le MBT-A par l'auteur du programme
Objectifs et description de l'intervention	Le programme MBT-A s'inspire d'une approche psychodynamique et l'intervention s'appuie sur les théories de l'attachement. Le programme se déroule en quatre phases. Les séances de MBT-A sont non structurées et centrées sur les expériences interpersonnelles actuelles ou récentes du jeune. Elles mettent l'accent sur l'état mental évoqué par chacune des expériences interpersonnelles, sur la régularisation de l'humeur et sur l'impulsivité des adolescents. La phase finale aborde les séparations vécues et anticipées avec la technique de mentalisation en visionnant mentalement tous les défis et les difficultés que cela soulève. Un volet familial est prévu dont l'objectif est d'améliorer la capacité à mentaliser les conflits familiaux.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	Le programme comprend des sessions hebdomadaires d'une durée de 50 minutes et s'échelonne sur une période de 12 mois. Les évaluations de suivi s'effectuent tous les trois mois jusqu'à la fin du programme à 12 mois. Les séances familiales ont lieu une fois par mois et sont d'une durée de 50 minutes. Le groupe témoin reçoit les traitements usuels s'appuyant sur le <i>UK National Institute for Health and Clinical Excellence guidance</i> (NICE). En fonction du tableau clinique que ces jeunes présentaient, ils ont reçu, de manière individuelle, soit des interventions de type psychodynamique, cognitif comportemental, des thérapies de soutien, du counseling ou une combinaison de plus d'un type de ces interventions.
Principaux résultats d'efficacité	Les données montrent qu'aux différents moments d'évaluation, les jeunes ayant reçu l'intervention MBT-A ont connu une diminution plus marquée des comportements d'automutilation comparativement aux jeunes ayant reçu une intervention alternative. Le modèle statistique utilisé indique que cette diminution a connu une progression montrant une accentuation des différences en faveur du groupe MBT-A, observée tout au long des suivis (3 mois, 6 mois et 12 mois), et ce, jusqu'à la fin du programme. La taille d'effet pour ce changement linéaire sur les trois suivis est de force modérée ($d = 0,40$; $p < 0,05$). Plus spécifiquement, 44 % des jeunes ayant reçu le MBT-A ont cessé leurs comportements d'automutilation comparativement à 17 % des jeunes ayant reçu des traitements alternatifs recommandés et reconnus efficaces ($p = 0,01$). Les tailles d'effet calculées dans chacun des groupes sur les comportements d'automutilation, entre le prétest et le suivi de 12 mois, montrent que le groupe ayant reçu le MBT-A a connu un taux de rémission plus important (DMS⁶² : 1,62 contre 1,02). Toujours au suivi de 12 mois, les résultats montrent que 51 % des jeunes ayant reçu l'intervention MBT-A ont diminué leurs symptômes de dépression sous le seuil clinique, alors que pour les jeunes du groupe de comparaison, cette proportion est de seulement 32 %. Toutefois, ces résultats n'atteignent pas la signification statistique.
Conclusion des auteurs	Les auteurs concluent que le MBT-A est prometteur dans le traitement de l'automutilation. En effet, les différences observées entre les deux groupes, quoique significatives pour la plupart, étaient modestes. Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes du groupe témoin recevaient

⁶² DMS : différence de moyenne standardisée.

Auteurs/année Titre	Rossouw et Fonagy, 2012 Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial
	une intervention alternative s'appuyant sur les bases de données probantes. Les auteurs suggèrent que des études sur des interventions de type MBT-A soient reproduites avec un échantillon plus important.

Auteurs/année Titre	Taylor et al., 2011 Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm
Nom du programme/intervention	Le programme <i>Cutting Down</i>
Type d'intervention	Étude pilote. Programme d'intervention basé sur l'approche cognitivo-comportementale
Clientèle ciblée par l'étude	L'échantillon ciblé par l'intervention est constitué de 25 adolescents âgés de 12 à 18 ans référés au Greater London CAMHS (en Angleterre) et présentant une histoire de plus d'un épisode d'automutilation.
Intervenants qui offrent l'intervention	Professionnels exerçant leur pratique dans un centre de services en santé mentale et détenant des formations variées. Ces professionnels ont tous une base de connaissances et d'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Ils sont formés et supervisés par un professionnel spécialisé en TCC qui est associé au projet.
Objectifs et description de l'intervention	Le programme <i>Cutting Down</i> est basé sur le modèle cognitif comportemental et son contenu est structuré en fonction du manuel suivant : <i>The Cutting Down Manual</i> pour le patient. Les modules sont conçus à partir d'une revue des données scientifiques sur les interventions efficaces pour l'automutilation. Le traitement implique des stratégies motivationnelles et la prise en compte des facteurs psychologiques de maintien des comportements et des comorbidités. Les interventions sont flexibles et présentées sous forme d'histoires de cas. Les interventions sont ajustées en fonction du module d'évaluation et d'identification des problèmes. Les quatre principaux modules et un résumé de leur contenu sont les suivants (traduction libre) : 1. être prêt : l'ABC de l'automutilation; qu'est-ce que le modèle cognitif comportemental? comment reconnaître ses émotions? etc.; 2. aspect émotionnel : définir les émotions, les pensées, les croyances et les comportements; la distorsion cognitive; 3. faire face : mettre au défi ses pensées (<i>challenging thoughts</i>), s'aimer soi-même, trouver des actions alternatives à l'automutilation, etc.; 4. se mettre en action (<i>on your go</i>) : rechutes et rémission, consolidation des apprentissages, etc.
Modalités d'intervention (nombre de sessions, individuelle ou en groupe, durée)	L'intervention s'effectue sur la base de 8 à 12 sessions de thérapie cognitivo-comportementale individuelle pour une durée de six mois.
Principaux résultats d'efficacité	Les résultats montrent une réduction des comportements d'automutilation chez les adolescents, du prétest au posttest ($p < 0,01$), et cette diminution s'est maintenue au suivi de trois mois ($p < 0,001$). Le nombre de symptômes de dépression a diminué d'une façon significative ($p < 0,01$), entre le prétest et le posttest, chez les adolescents ayant suivi le programme. Les symptômes d'anxiété ont également été réduits pour la même période ($p < 0,001$). Ces améliorations se sont maintenues à trois mois de suivi ($p < 0,05$ et $p < 0,001$ respectivement).
Conclusion des auteurs	Au terme de l'étude pilote, les auteurs considèrent qu'une intervention cognitivo-comportementale brève, flexible et manualisée est une approche efficace pour réduire les listes d'attente pour les services en santé mentale et pour d'autres milieux cliniques. Les auteurs considèrent également que des essais randomisés seraient nécessaires pour confirmer l'efficacité de ces interventions et leur généralisation potentielle.

ANNEXE D

Description des outils d'évaluation du risque suicidaire et de l'automutilation chez les jeunes

Cette section porte sur les descriptions d'outils d'évaluation recensés dans les études sélectionnées dans le cadre de nos travaux. Cette recension n'a pas fait l'objet d'une démarche exhaustive ni d'une évaluation. Les outils sont ceux pour lesquels les propriétés psychométriques étaient documentées et ils sont présentés à titre informatif.

Les outils répertoriés sont au nombre de 15, dont 11 portent sur l'évaluation du risque suicidaire, 3 sont utilisés pour évaluer la présence de symptômes de dépression ou de désespoir alors que 2 outils évaluent les comportements d'automutilation. Parmi les outils évaluant le risque suicidaire, certains portent spécifiquement sur les idées suicidaires et leur intensité alors que d'autres mesurent, en plus, les intentions et les comportements suicidaires, les tentatives de suicide antérieures et les comportements à risque.

Les outils portant sur le suicide sont présentés en premier et sont en ordre alphabétique de leur titre. Les outils pour l'automutilation se trouvent à la fin et sont également classés par ordre alphabétique.

L'encadré suivant définit les principaux termes techniques utilisés afin de décrire les qualités psychométriques des outils présentés.

Considérations psychométriques et techniques en vue d'évaluer les outils d'évaluation du risque de suicide

Corrélation	Ampleur d'une association entre variables (ex. : notes accordées par l'outil) qui fait en sorte que les valeurs d'une variable changent lorsque celles d'une autre changent. Une corrélation va de -1,0 à 1,0. Plus la note est près de -1,0 ou de 1,0, plus le lien entre les variables est fort. Les corrélations négatives signifient que la valeur d'une variable augmente à mesure que la valeur de l'autre diminue. La corrélation est souvent utilisée dans le processus de validation au moment de déterminer dans quelle mesure la note accordée par un outil est liée à d'autres indicateurs de risque de suicide ou de détresse.
Fiabilité	Mesure dans laquelle un outil d'évaluation du risque produira des résultats cohérents (ex. : cohérence interne) à diverses périodes (ex. : coefficient test-retest) ou lorsqu'il est utilisé par divers évaluateurs (ex. : coefficient d'objectivité). Le coefficient alpha de Cronbach (ou α) est une statistique souvent obtenue pour la cohérence interne. Comme une corrélation, cette donnée va de 0 à 1,0. Une note plus élevée indique que les éléments mesurent de façon constante le concept d'intérêt. En règle générale, une note de 0,7 ou plus indique une bonne fiabilité.

Validité	Mesure dans laquelle un outil d'évaluation du risque mesurera ce qu'il doit mesurer ou prévoir dans l'avenir. La validité convergente, concourante et conceptuelle s'établit en examinant la corrélation entre la note d'un outil et celle d'autres instruments, les mesures ou les facteurs déjà connus afin de mesurer ou d'indiquer le concept d'intérêt (ex. : l'outil d'évaluation du risque de suicide doit corrélérer avec des instruments reconnus pour mesurer le risque de suicide ou les facteurs liés au risque de suicide, comme la dépression grave). La validité apparente s'établit lorsque le contenu de l'instrument correspond à la théorie acceptée ou aux dimensions cliniques du concept d'intérêt. La validité prédictive concerne la mesure dans laquelle la note accordée par un outil d'évaluation du risque de suicide peut prévoir le comportement futur.
Sensibilité	Un aspect de la validité, la sensibilité d'un outil d'évaluation du risque est la capacité de l'instrument à cerner correctement les personnes qui sont à risque.
Spécificité	Un aspect de la validité, la spécificité d'un outil d'évaluation du risque est la capacité de l'instrument à cerner correctement les personnes qui ne sont pas à risque.
Analyse des facteurs	Démarche statistique pouvant servir à analyser les interrelations parmi un grand nombre d'éléments contenus dans l'outil, puis à expliquer ces liens en ce qui concerne leurs dimensions (facteurs) sous-jacentes communes. Généralement, cette analyse est menée afin de déterminer comment les éléments d'un instrument mesurent un facteur semblable.
Scores seuils	Le score seuil est la note minimale indiquant le niveau de risque qui peut être accordée par un instrument d'évaluation. L'obtention d'un score élevé, par exemple, peut indiquer un risque plus élevé de suicide. Il convient de noter que tous les scores seuils n'ont pas été validés dans l'ensemble des populations et milieux, et que leur utilisation peut entraîner un plus grand nombre de faux négatifs (c'est-à-dire étiqueter incorrectement une personne non à risque de suicide). Pour fixer un score seuil permettant de déterminer le risque élevé de suicide, il faut la preuve d'une solide sensibilité et d'une solide spécificité, comme il a été mentionné ci-dessus.
Modes de passation	Il existe plusieurs approches d'évaluation du risque, comme la conduite d'une entrevue clinique ou la réponse à un questionnaire d'autoévaluation. L'autoévaluation offre certains avantages, comme la possibilité de faire un dépistage avant une visite, surtout dans un milieu de soins primaires, ou de faire une pause au cours de l'entrevue clinique, et elle donne aussi la possibilité de corroborer les résultats. Toutefois, elle a certains inconvénients, notamment le risque que la personne perçoive un désengagement de la part de l'évaluateur, ainsi que la nature impersonnelle d'un questionnaire.

Source : Perlman *et al.*, 2011, p. 43.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Ask Suicide Screening Questions (ASQ)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents
But de l'outil	Détecter les jeunes ayant besoin d'être évalués en santé mentale pour un risque suicidaire
Description de l'outil	Outil développé pour être utilisé dans des urgences pédiatriques, en soins de première ligne ou dans des cliniques spécialisées. L'ASQ résulte d'une analyse de 17 questions tirées de l'outil <i>Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)</i> . Des analyses statistiques ont permis d'établir quelles combinaisons de quatre questions mesurent le risque suicidaire avec la plus grande précision possible.
Description des échelles et interprétation	L'ASQ se limite à quatre items. Échelle ordinale pouvant être répondue par « oui » ou par « non ».
Temps requis	Quelques minutes
Qualification/formation	Pas de formation requise. L'ASQ est un outil conçu à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux. Il existe une ressource gratuite en ligne à l'intention des médecins, des infirmières et des professionnels de première ligne, appelée <i>The Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit</i> pour aider les professionnels à détecter les jeunes présentant un risque de suicide.
Avantages/limites	Pas d'information
Mode de validation	Validation empirique auprès de 524 patients âgés de 10 à 21 ans qui présentaient une condition médicale, chirurgicale ou psychiatrique (Horowitz <i>et al.</i> , 2012)
Qualités psychométriques	Cet outil a une sensibilité très élevée de 96,9 % et une spécificité de 87,6 %. L'estimation de la valeur prédictive négative (la probabilité que la condition ne soit pas présente lorsque le test est négatif) est de 99,7 % pour les patients avec des conditions médicales et chirurgicales et de 96,9 % pour les patients avec des troubles psychiatriques.
Autres	L'outil ASQ est disponible en plusieurs langues, dont le français.
Références	Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 2012;166(12):1170-6.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Beck Hopelessness Scale (BHS)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Les clientèles visées sont les personnes dépressives, suicidaires ou ayant déjà fait une tentative de suicide ou encore des toxicomanes. Le BHS peut être utilisé chez les adolescents et les adultes.
But de l'outil	Évaluer le degré de désespoir et de « confiance » (ou non) en l'avenir des répondants
Description de l'outil	L'échelle BHS est un outil autoadministré, conçu pour mesurer trois aspects majeurs du désespoir. Cet outil évalue l'étendue des attitudes négatives (pessimisme) par rapport à l'avenir chez les personnes présentant des symptômes dépressifs ou un risque de tentative de suicide. Cet outil peut être utilisé comme un indicateur de risque suicidaire. L'administration peut s'effectuer en ligne ou sur papier.
Description des échelles et interprétation	L'outil intègre 20 items et les scores totaux varient de 0 à 20. Le BHS se compose de questions de type « vrai ou faux » examinant l'attitude du répondant au cours de la dernière semaine. On retrouve 9 items issus d'un questionnaire portant sur l'appréhension de l'avenir; 11 items sont issus d'un ensemble d'affirmations négatives recueillies auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques et ayant fait part de leur désespoir. Le score seuil indiqué pour le BHS est 9. L'outil comprend trois sous-échelles : 1) les sentiments pour l'avenir, 2) la perte de motivation et 3) les attentes.
	Temps requis
Qualification/formation	Quelques minutes
Qualification/formation	Le BHS peut être administré par des professionnels de formations diverses, mais doit être utilisé et interprété seulement par des professionnels cliniquement formés pour son emploi.
Avantages/limites	Pas d'information
Mode de validation	Validation empirique auprès de multiples populations de 17 ans et plus
Qualités psychométriques	Le BHS est un outil validé avec une fiabilité test-retest adéquate. Les coefficients de cohérence interne sont assez élevés (entre 0,82 et 0,93), mais les coefficients de fidélité test-retest du BHS sont modestes (0,69 après une semaine).
Autres	Une version française est disponible et a été validée.
Références	Beck AT et Steer RA. Beck Hopelessness Scale: Manual. San Antonio, TX; New York, NY : Psychological Corp.; Harcourt Brace Jovanovich; 1993. Bouvard M, Charles S, Guérin J, Aimard G, Cottraux J. Etude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale). Validation et analyse factorielle. Encéphale 1992;18(3):237-40.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Patients de milieux psychiatriques, population clinique et générale. Cet instrument peut être utilisé chez les adolescents et les adultes.
But de l'outil	Évaluation des idées et du risque suicidaire
Description de l'outil	Le <i>Beck Scale for Suicide Ideation</i> (BSSI) est un outil d'évaluation clinique standardisé et autoadministré. Il est l'un des instruments les plus utilisés pour l'évaluation des pensées suicidaires. Il aide à détecter les individus présentant un risque suicidaire à condition qu'ils soient enclins à reconnaître et à partager leurs pensées. L'administration peut s'effectuer en ligne ou sur papier. Lorsque l'administration a lieu directement en ligne, le rapport est généré instantanément une fois la passation terminée. Les scores vont de 0 à 38, mais aucun score seuil n'est officiellement établi, donc l'interprétation repose sur le jugement clinique.
Description des échelles et interprétation	Le BSSI est composé de 19 items sur une échelle d'intensité suicidaire de trois points (ex. : 0 à 2). Le BSSI se divise en cinq sous-échelles : 1) intensité des idées suicidaires; 2) désir actif de suicide; 3) planification; 4) désir passif de suicide et 5) dissimulation. Les cinq premiers items sont des questions de dépistage permettant d'évaluer le désir de vivre ou de mourir, y compris le désir d'attenter à ses jours. Les autres questions sont posées seulement si une idée suicidaire est présente. Ainsi, il devient possible d'évaluer la durée et la fréquence de cette idée et le degré de planification de la tentative de suicide envisagée. Deux autres items permettent d'évaluer les comportements suicidaires antérieurs.
Temps requis	5 à 10 minutes
Qualification/formation	Le BSSI peut être utilisé par un clinicien ou être autoadministré. Son interprétation exige une formation et des qualifications professionnelles particulières.
Avantages/limites	Efficient en termes de temps. Il peut être administré dans différents milieux de soins : psychiatriques, en médecine générale, dans les écoles ou autres milieux cliniques.
Mode de validation	Standardisation empirique et initiale auprès de populations psychiatriques. Le BSSI a aussi été validé dans des populations générales, notamment dans une population universitaire de 119 femmes adultes ayant déjà fait une tentative de suicide (Holden et DeLisle, 2005) et dans des populations adolescentes (jeunes âgés de 15 à 19 ans).
Qualités psychométriques	Les qualités psychométriques sont bonnes (coefficient alpha de fiabilité à plus de 70; alpha estimé à 0,84 dans l'étude de Holden et DeLisle, 2005). Cet outil est corrélé avec d'autres items issus d'outils mesurant des concepts similaires.
Autres	Disponible en plusieurs langues, dont le français
Références	Holden RR et DeLisle MM. Factor analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation with female suicide attempters. <i>Assessment</i> 2005;12(2):231-8. Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. <i>Med J Islam Repub Iran</i> 2015;29:268. Jeglic EL, Pepper CM, Vanderhoff HA, Ryabchenko KA. An analysis of suicidal ideation in a college sample. <i>Arch Suicide Res</i> 2007;11(1):41-56. Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : une ressource pour les organismes de santé. Toronto, ON : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Behavioral Health Screen (BHS)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 24 ans
But de l'outil	Évaluation des états anxieux, de la dépression et du risque suicidaire
Description de l'outil	Le BHS est un outil de dépistage complet et bref à l'intention des adolescents et des jeunes adultes en soins de première ligne. Le BHS évalue les symptômes psychiatriques et les comportements à risque. Le BHS mesure plusieurs comportements reliés à la santé physique et mentale tels que la dépression, le risque suicidaire, les traumatismes, l'usage de substances, la sexualité, le harcèlement, l'exposition à la violence et autres comportements à risque. Cet outil est autoadministré et les jeunes y répondent en ligne sur un écran d'ordinateur. Le programme est relié à un centre où est emmagasinée l'information pour ainsi être accessible à l'intervenant pour les suivis.
Description des échelles et interprétation	Le BHS comprend un total de 22 items. Le BHS est composé de trois sous-échelles : 1) la dépression; 2) l'anxiété et 3) le risque suicidaire. Il inclut neuf items portant sur les symptômes de dépression au cours des deux dernières semaines. Il inclut également huit items sur l'anxiété alors que la sous-échelle sur le risque suicidaire compte cinq items qui évaluent la présence de symptômes actuels ou passés. Pour les sous-échelles de dépression et d'anxiété, les catégories de réponses sont à trois niveaux, soit « jamais », « quelques fois » et « toujours ». Pour la sous-échelle du risque suicidaire, les trois catégories de réponses sont « jamais », « dans la dernière année » et « dans la dernière semaine ».
Temps requis	7 à 15 minutes Les résultats du questionnaire sont automatiquement compilés et un rapport est généré pour être pris en compte au cours de la visite médicale.
Qualification/formation	Pas d'information sur la formation. L'outil a été couramment utilisé par des médecins, des psychiatres et des travailleurs sociaux et autres professionnels qualifiés.
Avantages/limites	Rapidité d'utilisation. Outil en ligne dont les résultats sont compilés automatiquement.
Mode de validation	Validation empirique auprès de plus de 1000 adolescents recrutés dans les cliniques médicales de première ligne. Validation méthodologique par un panel de 20 experts internationaux ayant participé à des <i>focus groups</i> portant sur l'ensemble des items de l'outil.
Qualités psychométriques	La cohérence interne a été estimée entre 0,75 et 0,87. La sensibilité et la spécificité ont été estimées entre 78 % et 85 %.
Autres	Le BHS est disponible en quatre langues, dont l'anglais (pas de version connue en français). Le BHS est utilisé dans 40 sites en Pennsylvanie et, à ce jour, il a été complété par 1000 patients par mois dans les cliniques médicales, les salles d'urgence, les services de première ligne en santé mentale et dans les écoles. Le Département de santé de l'État de New York a mandaté l'organisme Behavioral Health-Works afin qu'il implante ce programme dans 26 comtés de cet État américain. Des différences ont été trouvées entre les réponses des filles et des garçons dans les sous-échelles de dépression et d'anxiété. Par exemple, pour l'échelle d'anxiété, les filles ont plus tendance à rapporter « se sentir inquiètes », alors que les garçons rapportent plus souvent « se sentir agités », « enfermés » ou « anxieux ». Pour l'échelle de dépression, les filles rapportent plus souvent une « perte d'intérêt » et se sentent « sans valeur en tant que personne », alors que les garçons ont plus tendance à « se sentir

Fiche technique	
	tristes » et « grincheux » ou « irritables ». En dépit de ces différences, les scores moyens ne diffèrent pas entre les deux sexes.
Références	Bevans KB, Diamond G, Levy S. Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales. J Dev Behav Pediatr 2012;33(4):283-90.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents et adultes
But de l'outil	Évaluation des pensées et des comportements suicidaires
Description de l'outil	Le C-SSRS est un outil dont les questions sont formulées sous forme d'entrevue, mais le C-SSRS peut aussi être autoadministré. Les deux premières questions font référence au désir de mourir et aux pensées suicidaires non spécifiques. Les questions 3 à 5 abordent les pensées suicidaires spécifiques et l'intention de passer à l'acte alors que la question 6 aborde les comportements suicidaires que la personne a eus dans sa vie et au cours des trois derniers mois. Une réponse positive à l'une des six questions peut être un indice suffisant pour référer à un professionnel en santé mentale. Une réponse positive aux questions 4, 5 ou 6 indique un risque suicidaire élevé. Une seconde série de questions mesure l'intensité des idées suicidaires alors que la troisième série de questions s'intéresse spécifiquement aux comportements suicidaires les plus sévères.
Description des échelles et interprétation	L'échelle comprend 15 items. Échelles ordinales (« oui » ou « non ») pour la première série de questions; pour les autres questions, les échelles sont ordinales (1 à 5) et les choix de réponse varient selon chacune des questions. L'outil comprend trois sous-échelles, soit 1) idée suicidaire; 2) intensité de l'idée et 3) comportements suicidaires.
Temps requis	Quelques minutes
Qualification/formation	Le C-SSRS a été conçu pour être utilisé aux urgences et en soins de première ligne et a déjà été utilisé dans divers milieux. L'utilisation de cet outil requiert une formation d'appoint, mais ne nécessite pas de formation spécialisée en santé mentale. Une formation gratuite est offerte sur le site Web à l'intention de la personne qui l'administre.
Avantages/limites	Outil bref et universel, car il peut être utilisé dans plusieurs milieux et contextes, et il est gratuit. Il existe une version pouvant être utilisée en ligne.
Mode de validation	Validation initiale auprès de deux populations adolescentes (adolescents suicidaires et adolescents présentant des symptômes de dépression) et une population adulte s'étant présentée aux urgences pour des raisons psychiatriques. Le C-SSRS a par la suite fait l'objet d'une multitude de validations auprès de clientèles variées.
Qualités psychométriques	Les résultats d'évaluation des qualités psychométriques de cet instrument montrent qu'ils diffèrent selon les populations étudiées. Dans l'ensemble, la fiabilité et la validité de cet instrument sont bonnes et l'outil montre une bonne cohérence interne (l'outil mesure bien ce qu'il est censé mesurer).
Autres	Le C-SSRS a été traduit en plusieurs langues, dont le français.
Références	Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. <i>Am J Psychiatry</i> 2011;168(12):1266-77.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Child-Adolescent Suicide Potential Index (CASPI)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans
But de l'outil	Détection du risque suicidaire.
Description de l'outil	Outil pour détecter plusieurs dimensions du risque suicidaire chez les enfants et les adolescents. Le CASPI mesure également le risque associé aux comportements suicidaires présents et passés (au cours des six derniers mois).
Description des échelles et interprétation	Cet outil comprend 30 items. Échelle ordinale à laquelle on peut répondre par « oui » ou par « non ».
	Le CASPI intègre trois sous-échelles : 1) l'anxiété, l'impulsivité et la dépression; 2) les idées et les comportements suicidaires et 3) la détresse familiale. Outil autoadministré. Pour les enfants de 6 et 7 ans, il est recommandé qu'un adulte lise les questions à voix haute.
Temps requis	Environ 20 minutes
Qualification/formation	Non spécifié
Avantages/limites	Cet outil présente des qualités psychométriques importantes et a été validé auprès d'enfants et d'adolescents d'origines ethniques diverses.
Mode de validation	Validation empirique effectuée auprès de populations d'enfants et d'adolescents
Qualités psychométriques	Une étude de validation auprès d'une population de 425 enfants et adolescents (patients en milieux psychiatriques et non psychiatriques) a montré que la cohérence interne du CASPI est très élevée pour un score total de 0,90; les cohérences internes pour les trois sous-échelles ont été estimées à 0,86, 0,85 et 0,77 respectivement. La fiabilité « test-retest » de cet outil est assez forte également avec un score de 0,76. La sensibilité a été estimée à 70 % alors que la spécificité était de 65 %. Une analyse statistique de validation a permis d'établir qu'un score de 11 sur cette échelle peut détecter 80 % des enfants ou adolescents qui ont fait une tentative de suicide au cours des six derniers mois (sensibilité). Ce même score peut détecter 65 % des jeunes qui n'ont pas d'histoire d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide (spécificité).
Autres	Il est recommandé que le CASPI soit utilisé pour détecter le risque suicidaire chez les enfants et les adolescents issus de la population générale.
Références	Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T. Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A screen for risk for early onset suicidal behavior. Psychol Assess 2000;12(3):304-18.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Child Suicide Potential Scale (CSPS)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Enfants et adolescents
But de l'outil	Détection du risque suicidaire
Description de l'outil	Cet outil mesure plusieurs dimensions chez la personne (voir la section des sous-échelles) dont le risque suicidaire. Cet outil se compose de différentes sections dont certaines intègrent des questions directes, d'autres requièrent une discussion, d'autres enfin nécessitent de l'observation de la part de l'interviewer.
Description des échelles et interprétation	Le CSPS compte neuf sections : 1) les comportements violents envers autrui; 2) les comportements autodestructeurs; 3) le risque suicidaire; 4) les événements de vie; 5) les émotions et les comportements; 6) les angoisses passées (anxiété, comportements antisociaux, agressions); 7) la famille; 8) le concept de la mort et 9) le fonctionnement (irritabilité, capacité intellectuelle, etc.). Plus spécifiquement, la sous-échelle 3 de l'outil mesure : 1) les comportements non suicidaires; 2) les idéations suicidaires; 3) les menaces suicidaires; 4) les tentatives de suicide ne requérant pas d'attention médicale et 5) les tentatives de suicide requérant un traitement médical. Cet outil inclut une échelle de six points de sévérité pour certaines sections; dans d'autres sections, des questions auxquelles on peut répondre par « oui » ou par « non » sont proposées. Un score est attribué pour chacune des sous-échelles.
Temps requis	De 1 à 2 heures
Qualification/formation	Validé par des psychiatres et des étudiants en psychologie. Requiert une formation.
Avantages/limites	Mesure plusieurs dimensions associées aux comportements suicidaires.
Mode de validation	Validation empirique auprès de diverses populations d'enfants et d'adolescents
Qualités psychométriques	Des études de validation ont été effectuées auprès de trois populations d'enfants et d'adolescents (adolescents israéliens traités en psychiatrie, enfants traités en psychiatrie et enfants traités à l'externe) et ont permis d'estimer des cohérences internes allant de moyenne (0,57) à très bonne (0,98). Une corrélation positive a été trouvée entre le CSPS et d'autres échelles validées mesurant des concepts similaires. La validité prédictive de cet outil a été confirmée par une étude prospective démontrant que des enfants ayant une histoire de comportements suicidaires à l'évaluation initiale présentaient un risque six fois plus élevé de tentatives de suicide au terme de six ans de suivi.
Autres	Pas d'autres informations
Références	Ofek H, Weizman T, Apter A. The Child Suicide Potential Scale: Inter-rater reliability and validity in Israeli in-patient adolescents. <i>Isr J Psychiatry Relat Sci</i> 1998;35(4):253-61. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 1993;32(1):106-13.

Fiche technique	
Nom de l'outil	L'Échelle de probabilité du suicide (EPS)
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents et adultes
But de l'outil	Détection du risque suicidaire
Description de l'outil	L'EPS est la version française de l'échelle <i>Suicide Probability Scale</i> (SPS). Elle intègre six facteurs associés au risque suicidaire, soit 1) les idées suicidaires; 2) le désespoir; 3) les perspectives positives; 4) la proximité interpersonnelle; 5) l'hostilité et 6) l'impulsivité et la colère. Le score pondéré total va de 30 à 147 et le score seuil pondéré pour les cas à risque élevé a été fixé à 78 (il est à noter que différents scores seuils ont été fixés selon les populations étudiées; par exemple, pour des populations hospitalisées, le score seuil de risque élevé peut être fixé à 50).
Description des échelles et interprétation	Cet outil est composé de 36 items. Échelle de type likert en quatre points allant de 1 (« Jamais ou parfois ») à 4 (« La plupart du temps ou toujours »). L'EPS se divise en quatre sous-échelles : 1) le désespoir; 2) les idées suicidaires; 3) le sens de soi négatif et 4) l'hostilité incluant l'impulsivité et la colère.
Temps requis	10 à 20 minutes
Qualification/formation	Pas d'information disponible
Avantages/limites	Cet outil demande un niveau de lecture équivalant à celui d'une quatrième année.
Mode de validation	Validation empirique auprès de diverses populations d'adultes et d'adolescents.
Qualités psychométriques	L'EPS a été préalablement validé auprès de populations adultes et la fiabilité de cet outil est grande (alpha de Cronbach entre 0,62 et 0,93). Cet outil s'est avéré corrélé avec d'autres outils validés mesurant les mêmes concepts. La validité prédictive de l'EPS a été démontrée dans un petit échantillon d'adultes hospitalisés. Avec un score seuil de 50 sur cette échelle, l'outil a permis de détecter les personnes à risque élevé dans 52 % des cas (sensibilité) et ceux ne présentant pas un risque élevé dans 78 % des cas (spécificité). L'EPS a été utilisée auprès d'adolescents traités en psychiatrie et a montré des propriétés fiables avec un score seuil fixé à 78 (sensibilité = 65 %; spécificité= 64 %)
Autres	Pas d'autres informations
Références	Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : une ressource pour les organismes de santé. Toronto, ON : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. Labelle R, Daigle M, Pronovost J, Marcotte D. Étude psychométrique d'une version française du "<i>Suicide Probability Scale</i>" auprès de trois populations distinctes. <i>Psychologie et Psychométrie</i> 1998;19(1):5-26.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Life Attitude Schedule: Short Form</i> (LAS:SF)
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents âgés de 15 à 20 ans
But de l'outil	Détecter la prédisposition ⁶³ au suicide
Description de l'outil	Le LAS:SF est une version réduite du <i>Life Attitude Schedule</i> (Lewinsohn <i>et al.</i>, 2004) conçu initialement pour une clientèle adolescente en milieu scolaire et, plus récemment, validé aussi pour les jeunes hébergés selon la loi américaine sur les jeunes contrevenants. Cet outil vise à détecter, à un moment précis dans le temps, la prédisposition ou la propension d'un jeune à s'engager dans un comportement suicidaire. La moitié des items évalue les comportements autodestructeurs, les comportements de prise de risque et les comportements suicidaires; l'autre moitié mesure les comportements positifs.
Description des échelles et interprétation	Le LAS:SF inclut 24 items. Échelle de gradation en quatre points. Le LAS:SF intègre quatre sous-échelles associées aux comportements relatifs aux éléments suivants : 1) mort et suicide; 2) le soi (<i>self</i>); 3) la santé et la maladie et 4) les risques et les blessures. L'étude de validation de Langhinrichsen-Rohling <i>et al.</i> (2012) indique qu'un score élevé sur la sous-échelle « mort et suicide » laisse penser que la personne expérimente une combinaison de comportements associés à la mort et à des facteurs associés à une faible estime de soi, au désespoir et à la dépression. De même, un score élevé sur la sous-échelle « la santé et la maladie » indique que l'individu s'engage dans une large gamme de comportements qui augmentent la probabilité de mort ou de blessure, même en l'absence d'intention suicidaire consciente. De plus, selon une étude en milieu scolaire, les garçons obtiennent en moyenne des scores significativement plus élevés que les filles (7,3 contre 6,3) (Rohde <i>et al.</i>, 2003).
Temps requis	Environ 50 minutes
Qualification/formation	Cet outil s'accompagne d'un manuel technique. Le LAS:SF peut être utilisé par les cliniciens, les intervenants, les professeurs.
Avantages/limites	L'administration du LAS:SF est rapide et s'adresse autant aux filles qu'aux garçons et aux jeunes contrevenants. Cet outil mesure à la fois les facteurs de risque et de protection. De plus, le fait que cet outil aborde la problématique du suicide d'une façon plus large pourrait faciliter les efforts de détection des comportements suicidaires auprès d'une clientèle, telle que des jeunes hébergés, peu enclins à dévoiler ce genre d'information sensible (Langhinrichsen-Rohling <i>et al.</i>, 2012).
Mode de validation	Standardisation empirique auprès d'adolescents en milieu scolaire et auprès de jeunes hébergés en vertu de la loi américaine sur les jeunes contrevenants issus de l'État de l'Alabama (États-Unis).

⁶³ La prédisposition au suicide est la propension d'une personne, à un moment donné, à s'engager dans un comportement suicidaire.

Fiche technique	
Qualités psychométriques	Les propriétés psychométriques de l'instrument original (LAS version longue) ont été validées auprès de plusieurs populations d'adolescents en milieu scolaire et la fiabilité et la validité sont élevées. Les résultats de validation de la version courte (LAS:SF) auprès d'une population d'adolescents (n = 233) hébergés après une décision judiciaire sont comparables à ceux obtenus auprès de populations scolaires. L'alpha de Cronbach estimé dans cette étude était de 0,75, ce qui indique une bonne cohérence interne de l'instrument. L'étude de Rohde <i>et al.</i> (2003) a montré que certains items de cet outil étaient significativement corrélés avec la dépression, telle que mesurée avec le CES-D.
Autres	Disponible en anglais
Références	Langhinrichsen-Rohling J, Hudson K, Lamis DA, Carr N. Psychometric properties of a suicide screen for adjudicated youth in residential care. <i>Death Stud</i> 2012;36(4):323-39. Lewinsohn PM, Langhinrichsen-Rohling J, Rohde P, Langford RA. Life Attitudes Schedule (LAS): A risk assessment for suicidal and life-threatening behaviors (Technical manual). Toronto, ON : Multi-Health Systems, 2004. Rohde P, Seeley JR, Langhinrichsen-Rohling J, Rohling ML. The Life Attitudes Schedule-Short Form: Psychometric properties and correlates of adolescent suicide proneness. <i>Suicide Life Threat Behav</i> 2003;33(3):249-60.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Pictorial Representation of Illness and Self-Measurement (PRISM-S)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents et adultes
But de l'outil	Évaluer le risque suicidaire
Description de l'outil	Le PRISM-S est un outil visuel utilisant une technique d'autoévaluation brève mise au point pour évaluer les limites perçues de la souffrance liée à des manifestations suicidaires. L'outil prend la forme d'un tableau pictural exprimant la séparation entre la représentation du suicide (sous forme de cercle noir) et le soi (cercle jaune). Le jeune est invité à placer un disque magnétique sur le tableau à la distance qu'il juge la plus précise pour représenter son degré de risque suicidaire. La distance entre le cercle noir et le jaune représente le risque suicidaire ponctuel du jeune (<i>Self-Suicidality-Separation</i>).
Description des échelles et interprétation	Ne s'applique pas
Temps requis	Très rapide, quelques minutes
Qualification/formation	Aucune information
Avantages/limites	Facile d'utilisation et pratique pour évaluer le risque suicidaire de personnes qui n'expriment pas facilement leurs émotions, notamment celles associées au suicide. Outil bien accepté par le personnel et les patients.
Mode de validation	Le PRISM-S a été validé en comparant ses résultats à ceux obtenus à l'aide d'instruments standardisés d'évaluation du risque suicidaire.
Qualités psychométriques	Le <i>Self-Suicidality-Separation</i> obtenu avec le PRISM-S est moyennement corrélé avec d'autres outils validés mesurant des concepts similaires.
Autres	Aucune information supplémentaire
Références	Harbauer G, Ring M, Schuetz C, Andreae A, Haas S. Suicidality assessment with PRISM-S – Simple, fast, and visual: A brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. <i>Crisis</i> 2013;34(2):131-6.

Fiche technique	
Nom de l'outil	Questionnaire sur la santé des patients (QSP-9), version modifiée pour les adolescents
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents
But de l'outil	Recueillir de l'information sur la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des jeunes à risque
Description de l'outil	Le QSP-9 est une sous-échelle de la version complète du <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ), un questionnaire évaluant la santé mentale en général. Il existe également une version plus courte (QSP-2) qui consiste à poser uniquement les deux premières questions du QSP-9. Si le patient répond positivement à l'une ou l'autre des deux questions, une évaluation plus approfondie pourrait être faite à l'aide du QSP-9 afin de mieux examiner l'état de santé mentale de la personne ainsi que ses difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales.
Description des échelles et interprétation	Le QSP-9 est composé de neuf items sur la santé mentale et d'un item supplémentaire pour mesurer le degré de fonctionnalité de la personne. Échelle de type likert. Les items 1 à 9 sont cotés sur une échelle de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours). L'item 10 (niveau de fonctionnement) est coté sur une échelle allant de 0 (pas du tout difficile) à 4 (extrêmement difficile). Le QSP-9 est un outil autoadministré et le score maximal sur cet outil est de 27.
Temps requis	Environ 5 minutes
Qualification/formation	Le QSP-9 peut être interprété par un professionnel de la santé et des services sociaux habilité.
Avantages/limites	Questionnaire bref qui peut être utilisé comme outil de repérage ou pour mesurer l'évolution clinique de la dépression. Les principales limites sont les suivantes : 1) le QSP-9 ne permet pas d'établir un diagnostic précis; 2) il nécessite toujours une évaluation plus approfondie des symptômes dépressifs et 3) la version française n'a pas été validée.
Mode de validation	La version anglaise a été validée empiriquement.
Qualités psychométriques	La sensibilité (capacité à détecter les vrais positifs) et la spécificité (capacité à détecter les vrais négatifs) de cet outil ont été estimées à partir d'un échantillon de 442 jeunes de 13 à 17 ans (Richardson <i>et al.</i> , 2010). Dans cet échantillon, la sensibilité est de 89 % et la spécificité est de 77 %.
Autres	Le QSP-9 est disponible en plusieurs langues, dont le français et l'espagnol. Selon Gray et Dihigo (2015), bien que le QSP-9 intègre un item abordant la possibilité, chez le jeune, d'être embarrassé par la pensée qu'il serait mieux mort, cet item ne devrait pas être utilisé comme une question de dépistage du risque suicidaire. Selon eux, cette question a un caractère ambigu et peut prêter à confusion.
Références	Gray BP et Dihigo SK. Suicide risk assessment in high-risk adolescents. <i>Nurse Pract</i> 2015;40(9):30-7. Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. <i>Pediatrics</i> 2010;126(6):1117-23.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) et Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR).</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	SIQ : Adolescents de la 10 ^e à la 12 ^e année. SIQ-JR : Adolescents de la 7 ^e à la 9 ^e année.
But de l'outil	Évaluer la sévérité des idées suicidaires
Description de l'outil	Le SIQ est un outil autoadministré. Il a été proposé comme une des composantes formelles de programmes de prévention du suicide en milieu scolaire. Une version plus courte de cet instrument (SIQ-JR) a été conçue à l'intention des plus jeunes adolescents. Le SIQ est approprié pour l'administration individuelle ou de groupe en milieu scolaire ou clinique, ou dans le cadre d'une évaluation des programmes d'intervention et de prévention.
Description des échelles et interprétation	Le SIQ inclut 30 items alors que le SIQ-JR en compte 15. Échelle de réponse en sept points pour évaluer la fréquence des idées suicidaires.
Temps requis	De 30 à 40 minutes pour le SIQ et de 5 à 10 minutes pour la version junior
Qualification/formation	Cet outil a été conçu initialement à l'intention des psychologues travaillant en milieu scolaire.
Avantages/limites	Le SIQ n'est pas désigné pour évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire, mais il est un bon indicateur du degré d'idées suicidaires d'une façon ponctuelle au moment de sa passation.
Mode de validation	Validation empirique auprès de multiples populations scolaires et, dans une moindre mesure, auprès de populations en milieu hospitalier psychiatrique et en milieu clinique.
Qualités psychométriques	Le SIQ-JR est un outil standardisé et valide pour les jeunes adolescents (alpha de Cronbach entre 0,91 et 0,96) et la fiabilité test-retest est également très élevée (0,89). Sa validité est considérée comme élevée dans les domaines de la recherche et de la prévention du suicide. Une étude de validation de la version française du SIQ auprès de 956 adolescents suivis en psychiatrie, âgés de 14 à 18 ans, a montré des corrélations avec l'estime de soi, les troubles psychiatriques, dont la dépression, variant entre 0,38 à 0,74. La cohésion interne de l'instrument est très élevée (alpha de Cronbach : 0,95) et la fidélité test-retest a été estimée à 0,91 (corrélation de Spearman). Le SIQ et le SIQ-JR sont moyennement à fortement corrélés à des construits tels que la dépression, le désespoir, le sentiment d'impuissance et l'estime de soi (0,52 à 0,70).
Autres	Une étude effectuée auprès d'Américains d'origine amérindienne montre la forte validité prédictive de cet instrument. Deux mois après la passation du questionnaire, les scores de jeunes : • n'ayant jamais fait de tentative de suicide étaient en moyenne de 10,6; • ayant déjà fait une tentative de suicide, de 24,9; • ayant fait une tentative de suicide, de 47,7.
Références	Reynolds WM et Mazza JJ. Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. <i>School Psych Rev</i> 1999;28(1):17-30. King CA, Hovey JD, Brand E, Ghaziuddin N. Prediction of positive outcomes for adolescent psychiatric inpatients. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> 1997;36(10):1434-42. Potard C, Kubiszewski V, Gimenes G, Courtois R. Validation of the French version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents. <i>Psychiatry Res</i> 2014;215(2):471-6.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>The Westerman aboriginal symptom checklist youth (WASC-Y)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Adolescents autochtones de 13 à 17 ans
But de l'outil	Évaluation du risque de troubles de santé mentale, de comportements suicidaires et d'abus de substances
Description de l'outil	Le WASC-Y a été conçu en collaboration avec les membres des communautés autochtones en Australie. L'élaboration de l'outil et sa validation initiale ont été effectuées dans le cadre de la rédaction d'une thèse de doctorat. Cet outil a été répertorié parmi les outils reconnus pertinents à utiliser auprès des clientèles jeunes issues des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada par le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Les items de l'outil ont été adaptés pour être plus pertinents et applicables aux groupes autochtones du Canada, des États-Unis et de l'Australie.
Description des échelles et interprétation	Le WASC-Y est un outil autoadministré qui comprend un total de 53 items. Il est composé de six sous-échelles, dont cinq évaluent : 1) le risque de dépression; 2) les comportements suicidaires; 3) la consommation d'alcool et de drogue; 4) l'impulsivité et 5) l'anxiété. La sixième sous-échelle explore le concept culturel de la résilience en tant que modérateur du développement de ces comportements à risque.
Temps requis	Aucune information sur le temps requis
Qualification/formation	Professionnels en santé mentale. Une formation est requise pour acheter le matériel. Pour ce faire, il faut avoir suivi l'une ou l'autre de ces formations disponibles en ligne : 1) <i>the Aboriginal Mental Health Assessment</i> ou 2) <i>the Aboriginal Suicide Prevention Training</i>. Le WASC-Y est accompagné d'un manuel technique qui donne de l'information sur la méthodologie associée à l'élaboration de l'outil, les théories sur lesquelles il se base ainsi qu'une revue des outils existants et de leurs forces et limites.
Avantages/limites	Cet outil est adapté à la clientèle et tient compte des valeurs des communautés autochtones. L'ajout de la sous-échelle sur la résilience permet de moduler le risque en fonction des facteurs de protection présents chez les jeunes.
Mode de validation	Validation empirique auprès de jeunes autochtones à travers le monde, dont l'Australie, le Canada et les États-Unis.
Qualités psychométriques	L'analyse préliminaire effectuée auprès d'un échantillon de 111 jeunes autochtones australiens a montré une bonne structure factorielle. La fiabilité interne était également bonne avec des alphas de Cronbach allant de 0,75 à 0,88. Une étude de validation du WASC-Y a aussi été effectuée auprès d'adolescents autochtones en détention afin de comparer cet instrument à l'outil souvent utilisé en Australie, soit le <i>Massachusetts Youth Screening Instrument Version 2 (MAYSI-2)</i>. Les résultats ont montré que les pourcentages de jeunes ayant obtenu un score au-dessus du seuil clinique, pour la plupart des sous-échelles, étaient plus élevés avec le WASC-Y. Cela montre que cet outil a une sensibilité plus élevée que le MAYSI-2.
Autres	Le WASC-Y est disponible en anglais (pas de version connue en français).
Références	Westerman TG. The Westerman Aboriginal Symptoms Checklist-Youth (WASC-Y). A measure to identify Aboriginal youth at risk of suicidal behaviours, depression, anxiety and the effects of culture on risk status. Perth, Australie : Indigenous Psychology Services; 2003. Stathis SL, Doolan I, Letters P, Arnett A, Cory S, Quinlan L. Use of the Westerman Aboriginal Symptoms Checklist – Youth (WASC-Y) to screen for mental health problems in Indigenous youth in custody. <i>Advances in Mental Health</i> 2012;10(3):235-9.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>The Ottawa Self-Injury Inventory (OSI)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des comportements d'automutilation
But de l'outil	Évaluation de l'automutilation
Description de l'outil	L' <i>Ottawa Self-Injury Inventory</i> est un outil autoadministré qui permet une évaluation complète de l'automutilation. Cet outil donne une mesure de l'occurrence, de la fréquence, du degré de motivation à arrêter les comportements, du type d'automutilation, de sa fonction et du potentiel addictif de ce comportement.
Description des échelles et interprétation	L'OSI est composé de 31 items. Les items représentant différentes fonctions de l'automutilation sont présentés (ex. : « pour faire baisser la tension », « pour obtenir les soins et l'attention des autres ») et sont accompagnés d'une échelle de type likert allant de 0, « jamais une raison », à 4, « toujours une raison », et évaluant dans quelle mesure le comportement est motivé par cette fonction.
	L'OSI se divise en quatre sous-échelles : 1) La régulation interne des émotions; 2) l'influence sociale; 3) la régulation externe des émotions et 4) la recherche de sensation.
Temps requis	Pas d'information
Qualification/formation	Professionnel, clinicien
Avantages/limites	Le score obtenu pour les quatre sous-échelles associées aux différentes fonctions de l'automutilation peut aider à mieux orienter les interventions à mettre en place.
Mode de validation	Standardisation empirique auprès d'adolescents âgés en moyenne de 16 ans (étendue de 11 à 20 ans), hospitalisés en Ontario en raison d'automutilation, et auprès d'une population de jeunes adultes universitaires.
Qualités psychométriques	Les analyses de validation montrent que l'OSI est un outil fiable et valide et peut être utilisé avec confiance en milieu clinique, dans la communauté ou pour la recherche, auprès d'une clientèle adolescente.
Autres	La version originale est en anglais et une version française a été réalisée. Les auteurs ont noté qu'un score élevé pour la dimension du « potentiel addictif » de l'automutilation est associé à une fréquence élevée de ce type de comportement.
Références	Nixon MK, Levesque C, Preyde M, Vanderkooy J, Cloutier PF. The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. <i>Child Adolesc Psychiatry Ment Health</i> 2015;9:26. Martin J, Cloutier PF, Levesque C, Bureau JF, Lafontaine MF, Nixon MK. Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. <i>Psychol Assess</i> 2013;25(3):1013-8.

Fiche technique	
Nom de l'outil	<i>Self-Harm Risk Assessment for Children (SHRAC)</i>
Âge et clientèles visées par son utilisation	Enfants de 6 à 12 ans
But de l'outil	Évaluation du risque d'automutilation chez les enfants
Description de l'outil	Les items du SHRAC ont été élaborés à partir d'une revue de littérature sur l'automutilation et d'une revue de plusieurs outils existants qui mesurent : • l'automutilation; • le risque de tentatives de suicide; • les facteurs associés à l'automutilation tels que l'anxiété, la dépression, l'impulsivité, les comportements intériorisés et extériorisés. Quelques-uns de ces items ont été générés avec l'aide de pédiatres expérimentés et de mères d'enfants qui s'automutilaient.
Description des échelles et interprétation	Le SHRAC est composé de 33 items. Échelle de type likert. Chaque item du SHRAC est précédé de la phrase « Mon enfant... » et les participants répondent à chacun des items en entourant un nombre qui correspondant à l'une des 4 options de réponse, s'étalant de « 1) rarement » à « 4) toujours ». Pour chaque item, les parents répondent « oui » ou « non » à la question : « Est-ce que ces comportements sont présents depuis six mois ou plus ? » Cet instrument comprend 6 facteurs : 1) état émotionnel (<i>affect traits</i>); 2) verbalisation d'automutilation; 3) socialisation; 4) dissociation; 5) centré sur soi; 6) auto-évaluation.
Temps requis	Pas d'information
Qualification/formation	Le SHRAC a été conçu à l'intention des pédiatres et des psychologues travaillant en milieu clinique ou scolaire.
Avantages/limites	Les auteurs de l'étude de validation de l'outil considèrent que le SHRAC peut soutenir les psychologues scolaires en les outillant pour l'évaluation de l'automutilation; cette clientèle en milieu scolaire étant souvent orientée vers des services spécialisés à l'extérieur de l'école.
Mode de validation	Validation empirique auprès de mères d'enfants présentant des comportements d'automutilation.
Qualités psychométriques	Les qualités psychométriques du SHRAC sont maintenant bien établies avec des alphas de Cronbach supérieurs à 0,76 pour chacun des facteurs.
Autres	Pas d'information supplémentaire
Références	Angelkovska A, Houghton S, Hopkins S. Differential profiles of risk of self-harm among clinically referred primary school aged children. <i>Sch Psychol Int</i> 2012;33(6):646-60.

ANNEXE E

Questionnaire

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation

Nom de l'établissement :
Nom du répondant :
Fonction du répondant :
Coordonnées téléphoniques :

QUESTIONNAIRE

Pratiques organisationnelles

Cette section vise à mieux connaître les pratiques organisationnelles mises en place dans votre établissement en regard de la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes qui sont **hébergés dans les centres de réadaptation**. Bien que nous soyons conscients du contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux où la mise en place et l'arrimage de ces pratiques ne sont pas totalement établis, nous vous invitons à nous faire part des mécanismes connus ou qui seront éventuellement mis en place.

- 1- Quelles sont les **pratiques organisationnelles** mises en place dans votre établissement visant à favoriser une **gestion efficace du risque suicidaire et des comportements d'automutilation** chez ces jeunes ?
 - Il peut s'agir, par exemple, de pratiques, processus, mécanismes, protocoles, outils, cadre de référence, modèle d'intervention.
 - **Pour chacun de ceux-ci**, veuillez nous faire parvenir les documents de référence pertinents ou, si vous êtes dans l'impossibilité de le faire, veuillez identifier les informations suivantes :
 - le titre et la date d'implantation;
 - les objectifs généraux et spécifiques;
 - les caractéristiques de la clientèle ciblée par ces pratiques;
 - les éléments constitutifs de ces documents;
 - toutes autres informations pertinentes.
- 2- Comment ces pratiques organisationnelles sont-elles implantées et appliquées (ex. : soutien clinique, formation, charte de projet, outils de communication spécifiques, etc.)?

- 3- Quels sont les obstacles identifiés et facteurs facilitants à la mise en place de ces pratiques organisationnelles ?
- 4- Vos pratiques organisationnelles et l'application du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse* sont-elles bien arrimées (ex. : continuum d'intervention)?
- 5- Les ententes de collaboration interne et celles avec vos partenaires externes sont-elles clairement définies et bien établies?
- 6- Quels sont les mécanismes mis en place pour accompagner le personnel à la suite d'un événement (postvention)?
- 7- Les travaux en cours à l'INESSS visent à soutenir les acteurs concernés dans la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation. Selon vous, à quels principaux besoins le cadre de référence qui sera élaboré devrait-il répondre, et ce, en regard de votre réalité organisationnelle?

Travaux d'évaluation, de recherche ou d'amélioration continue

Cette section vise à recueillir des données sur vos travaux d'évaluation, de recherche et d'amélioration continue en lien avec le sujet du projet.

- 8- Y a-t-il actuellement ou y a-t-il déjà eu dans votre établissement des travaux d'évaluation, de recherche ou d'amélioration continue sur les pratiques organisationnelles mises en place au niveau de la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation?

Si oui, veuillez identifier quelles sont les pratiques organisationnelles sur lesquelles portent les travaux d'évaluation ou de recherche.
- 9- Autres commentaires

ANNEXE F

Mythes sur le suicide et l'automutilation

Mythes sur le suicide
Tiré de l'Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. 2014. • Les personnes qui évoquent le suicide ne pensent pas passer à l'acte (p. 15). Les personnes qui évoquent le suicide lancent peut-être un appel à l'aide. Bon nombre de ceux qui pensent au suicide sont anxieux, déprimés, désespérés et ont l'impression de ne pas avoir d'autre choix. • La plupart des suicides surviennent soudainement, sans signal d'alarme (p. 29). La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs, oraux ou comportementaux. Il existe évidemment des cas soudains, mais il est important de comprendre les signaux d'alarme et de savoir les repérer. • Les personnes suicidaires sont déterminées à mourir (p. 43). Au contraire, les personnes suicidaires ne savent souvent pas si elles veulent vivre ou mourir. Par exemple, elles vont agir de manière impulsive en ingérant des pesticides et mourir quelques jours plus tard alors qu'elles auraient en fait voulu continuer à vivre. L'accès à un soutien psychologique à temps peut permettre d'éviter un suicide. • Une fois qu'une personne est suicidaire, elle le reste toute sa vie (p. 47). Le risque majeur de suicide se manifeste souvent sur le court terme et dans une situation précise. Si les pensées suicidaires peuvent revenir, elles ne sont que temporaires. Une personne ayant déjà eu ce genre de pensées et fait des tentatives de suicide peut vivre jusqu'à ses vieux jours. • Seules les personnes atteintes de troubles mentaux sont suicidaires (p. 53). Les comportements suicidaires indiquent un profond mal-être, mais pas nécessairement un trouble mental. Bon nombre des personnes qui vivent avec des troubles mentaux n'ont pas de conduite suicidaire et toutes les personnes qui se suicident ne présentent pas de trouble mental. • Parler du suicide est une mauvaise idée et peut être interprété comme un encouragement à passer à l'acte (p. 65). En raison de la stigmatisation très répandue associée au suicide, la plupart des personnes qui envisagent de se suicider ne savent pas vers qui se tourner. Aborder ouvertement le sujet n'incite pas à se suicider. Au contraire, cela ouvre d'autres possibilités à la personne concernée, ou lui laisse le temps de revenir sur sa décision, ce qui peut éviter un suicide.

Mythes sur l'automutilation

Tiré de Mattiace CM. A training program: Increasing foster parents' knowledge of adolescent self-injurious behaviors and parenting practices. US : ProQuest Information & Learning; 2010. Traduction libre.

- **L'automutilation est une tentative de suicide manquée.**

Bien que les recherches montrent que les personnes qui s'automutilent peuvent présenter un risque de suicide plus élevé que celles qui ne s'engagent pas dans ce genre de comportement, les recherches indiquent aussi que l'action de s'automutiler et les tentatives de suicide sont deux phénomènes distincts tant sur le plan de l'étiologie et de la fonction que sur celui des moyens utilisés.

- **Les personnes qui s'engagent dans des comportements d'automutilation veulent juste attirer l'attention.**

La plupart des personnes qui s'automutilent font de grands efforts pour cacher leurs blessures ou leurs cicatrices en portant certains types de vêtements et en s'automutilant en privé seulement. Plusieurs sont honteuses de leurs comportements d'automutilation et les dissimulent aux autres par peur d'être rejetées ou ridiculisées.

- **Les comportements d'automutilation sont habituellement une tentative pour manipuler les autres.**

La plupart des personnes qui s'automutilent ne le font pas pour que les autres se comportent d'une certaine façon envers eux. Elles utilisent ce type de comportement comme une stratégie d'adaptation; c'est une façon de gérer des émotions douloureuses et de retrouver un sentiment de contrôle. Si vous avez le sentiment que quelqu'un tente de vous manipuler en s'automutilant, essayez plutôt de vous concentrer sur la fonction de ce comportement et de comprendre ce que la personne essaie ainsi de communiquer.

- **Ce sont seulement les adolescentes qui s'automutilent.**

L'automutilation n'est pas seulement une « affaire de filles ». Des filles et des garçons, des adolescents et des adultes, des personnes issues de statuts socio-économiques variés, d'orientation sexuelle et de cultures diverses s'automutilent. Quelqu'un qui s'automutile est simplement une personne disposant de capacités limitées à gérer ses émotions d'une manière appropriée. Ce n'est pas seulement une « affaire de filles » ou d'adolescence.

- **Si les plaies ne sont pas assez importantes, l'automutilation n'est pas sérieuse.**

Bien que la sévérité d'une blessure auto-infligée puisse être une indication de l'ampleur de la détresse émotionnelle que vit la personne, ce n'est pas toujours le cas. Les personnes qui s'automutilent utilisent différentes méthodes et ont différents seuils de tolérance à la douleur. La seule façon de déterminer le niveau de détresse de quelqu'un est de lui demander ce qu'il en est. De plus, d'autres facteurs, tels que l'endroit du corps où la personne s'automutile et la fréquence de ce comportement, sont des indicateurs importants du degré de détresse émotionnelle vécue par la personne.

- **Toutes les personnes qui s'automutilent devraient être immédiatement hospitalisées pour leur propre sécurité.**

Peu de personnes qui s'automutilent ont besoin d'être hospitalisées. La vaste majorité des comportements d'automutilation ne mettent pas la vie de la personne en danger et ne requièrent pas de traitement médical. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on évalue le niveau de dangerosité que la personne représente pour elle ou les autres. Il faut immédiatement en informer un travailleur social ou un professionnel de la santé mentale afin de déterminer si la personne doit être hospitalisée ou non.

- **Les personnes qui s'automutilent aiment la douleur.**

Bien que certaines personnes qui s'automutilent rapportent que ce comportement les aide à se sentir mieux (c.-à-d. à acquérir un contrôle sur leurs émotions, à réduire leurs sentiments de détresse émotionnelle ou à se sentir en vie), il est important de se rappeler que les personnes qui s'infligent des blessures le font pour faire face à la douleur émotionnelle avec laquelle elles sont déjà aux prises.

- **L'automutilation est une phase de l'adolescence dont les personnes finiront par sortir.**

Cela peut être vrai pour certains individus, mais pas pour la plupart d'entre eux. Outre le fait que l'automutilation commence généralement à l'adolescence, et ce, pour un grand nombre de raisons, plusieurs autres facteurs contribuent à ce comportement. En tant que telle, l'automutilation est un problème grave qui nécessite une attention et un traitement. Si elle n'est pas traitée, l'automutilation peut se poursuivre jusqu'à l'âge adulte et certaines personnes continueront à s'automutiler tout au long de leur vie.

ANNEXE G

Définition des schèmes relationnels⁶⁴

Confiance

Schème relationnel qui se traduit par une attitude que manifeste l'intervenant lorsqu'il a l'assurance que l'autre a le potentiel et les ressources pour contribuer à sa démarche de changement. Il s'agit aussi, pour l'intervenant, d'un sentiment de compétence qui lui permet de juger qu'il possède les ressources requises pour intervenir adéquatement auprès de l'autre.

Congruence

Schème relationnel qui se traduit par une attitude d'honnêteté et d'authenticité dans l'intervention. L'intervenant fait preuve de cohérence entre ses pensées, ses paroles et ses gestes lors de ses interventions.

Considération

Schème relationnel qui se traduit par une attitude de respect mutuel, d'ouverture grâce à laquelle l'intervenant accorde une valeur à l'autre auprès duquel il intervient, et ce, sans jugement. Il s'agit aussi de respecter les limites et le rythme de l'autre tout en s'y adaptant si cela est requis.

Disponibilité

Schème relationnel qui se traduit par une attitude d'écoute, de réceptivité de la part de l'intervenant à l'égard de ce que l'autre peut manifester. Il s'agit d'être attentif et de prendre le temps de se mettre à la disposition de l'autre pour répondre à ses besoins.

Empathie

Schème relationnel qui consiste en un ensemble d'attitudes qui permet à l'intervenant d'être sensible et de se mettre à la place de l'autre pour comprendre ce qu'il vit et lui communiquer ce qu'il en comprend par ses interventions.

Sécurité

Schème relationnel qui se définit, pour l'intervenant, comme un ensemble d'attitudes qui se construit par une connaissance de soi, à travers les expériences vécues et une prise de conscience de ses propres vulnérabilités. La sécurité lui permet d'avoir un contrôle sur ses actions pour faire face à une situation plus difficile. Elle lui permet également de conserver son intégrité dans la situation et, ainsi, donne l'occasion au jeune d'exprimer et de manifester ce qu'il vit à travers la sécurité de la relation.

⁶⁴ Définitions inspirées de Gendreau [2001] et de la formation Web *La planification et l'évaluation post-intervention d'une activité individuelle ou de groupe à l'aide du modèle psychoéducatif*, Boscoville 2017.

RÉFÉRENCES

- Abrutyn S et Mueller AS. Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *Am Sociol Rev* 2014;79(2):211-27.
- Agence de la santé publique du Canada. Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : cadre fédéral de prévention du suicide. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2016. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/aspc-phac/HP35-61-2015-fra.pdf.
- Alfonso ML et Kaur R. Self-injury among early adolescents: Identifying segments protected and at risk. *J Sch Health* 2012;82(12):537-47.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- Andersson MJ, Tannå H, Nordin S. Self-image in adolescents with deliberate self-harm behavior. *Psych J* 2013;2(3):209-16.
- Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of onset for non-suicidal self-injury within a school-based sample of adolescents. *Prev Sci* 2014;15(6):850-9.
- Andrews T, Martin G, Hasking P, Page A. Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *J Adolesc Health* 2013;53(1):40-6.
- Arpin R et Montminy Y. L'automutilation à l'adolescence – Une vision de l'intervention à partager. Les cahiers du Centre jeunesse de Laval. Numéro 4. Laval, Qc : Centre jeunesse de Laval; 2014.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Convention de sens sur l'automutilation et repères d'intervention dans le cadre de l'application du protocole d'intervention en situation de risque suicidaire et de prestation sécuritaire de services en centre jeunesse. Montréal, Qc : ACJQ; 2013.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cadre de référence relatif à l'utilisation de la fouille et de la saisie à l'égard des jeunes. Montréal, Qc : ACJQ; 2012.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cadre de référence en matière de gestion de la médication dans les ressources d'hébergement des centres jeunesse. Montréal, Qc : ACJQ; 2011.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ). Cadre de référence en soutien à l'organisation des services aux jeunes hébergés dans les centres jeunesse et souffrant de troubles mentaux. Montréal, Qc : ACJQ; 2009.
- Baillargeon P et Puskas D. L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi Jeunesse* 2013;19(3):4-9.

- Barnett M. Creative nonverbal interventions for group therapy with female adolescents who self-injure: A model program [thèse]. San Francisco, CA : California School of Professional Psychology (CSPP), Alliant International University; 2011.
- Barrio CA. Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interviewing. *J Ment Health Couns* 2007;29(1):50-66.
- Bean G et Baber KM. Connect: An effective community-based youth suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41(1):87-97.
- Berger E, Hasking P, Martin G. 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *J Adolesc* 2013;36(5):935-45.
- Bohanna I. Suicide "contagion": What we know and what we need to find out. *CMAJ* 2013;185(10):861-2.
- Bouchard C. Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service Social* 1987;36(2-3):454-77.
- Bouchard P et Bussières E-L. Les meilleures pratiques d'intervention auprès des jeunes âgés de 5 à 14 ans présentant des comportements suicidaires. Rapport de réponse rapide. Québec, Qc : CIUSSS de la Capitale-Nationale, site: Centre jeunesse de Québec; 2016. Disponible à : https://www.ciusss-capitalesnationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/rapport_etmisss_intervention_suici_de_jeunes_5-14_ans.pdf.
- Bourque S. Guide sur la supervision professionnelle de travailleuses sociales et des travailleurs sociaux. Montréal, Qc : Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ); 2009. Disponible à : https://www.otstcfq.org/docs/documents-accueil/guide_supervision.pdf.
- Brooks AR. Understanding the social functions of nonsuicidal self-injury in community adolescents. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy* 2015;49(4):296-314.
- Brymer M, Taylor M, Escudero P, Jacobs A, Kronenberg M, Macy R, et al. Psychological first aid for schools: Field operations guide. 2nd Edition. Los Angeles, CA : National Child Traumatic Stress Network (NCTSN); 2012. Disponible à : https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa_for_schools_no_appendices.pdf.
- Bureau international des droits des enfants. Les enfants autochtones du Québec – Revue de littérature. Montréal, Qc : Bureau international des droits des enfants; 2015. Disponible à : <http://www.ibcr.org/wp-content/uploads/2016/09/Revue-litteraire-autochtone.pdf>.
- Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, Donker T. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(5):467-82.
- Candela T. L'automutilation : le recours au corps d'une souffrance ba illonn e. *Défi Jeunesse* 2011;17(3):10-4.
- Chagnon F. Le suicide chez les jeunes en centre jeunesse : où en sommes-nous et quels sont les défis pour la prévention? *Revue de Psychoéducation* 2007a;36(2):273-8.

- Chagnon F. Suicide et adolescents. Montréal, Qc : Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE); 2007b. Disponible à : http://www.crise.ca/pdf/chagnon_ete_2007.pdf.
- Coleman D et Del Quest A. Science from evaluation: Testing hypotheses about differential effects of three youth-focused suicide prevention trainings. *Soc Work Public Health* 2015;30(2):117-28.
- Collin-Vézina D, Côté C, Laurier C, McNamee S. Programmes sensibles au trauma : quatre initiatives prometteuses pour mieux répondre aux besoins des enfants et des jeunes en protection de la jeunesse. 8e Congrès québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents. Montréal, Qc : 2017.
- Collin-Vézina D et Milne L. Adolescents en centre de réadaptation : évaluation du trauma. *Criminologie* 2014;47(1):213-45.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec, Qc : CSBE; 2012. Disponible à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf.
- Commission de la santé mentale du Canada. La stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : une perspective axée sur les jeunes. Ottawa, ON : Commission de la santé mentale du Canada; 2016. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/Youth_Strategy_fr_2016.pdf.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ). Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés. Document rédigé par Véronique Noël et M^e Sophie Papillon. Québec, Qc : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ); 2017. Disponible à : http://www.cdpedj.qc.ca/publications/Etude_isolement_contention.pdf.
- Couture N et Thivierge L. Comment intervenir auprès des enfants suicidaires afin de leur redonner espoir? 8e Congrès québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents. Montréal, Qc : 2017.
- Couturier Y, Bonin L, Belzile L. L'intégration des services en santé : une approche populationnelle. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal; 2016.
- Cox GR, Bailey E, Jorm AF, Reavley NJ, Templer K, Parker A, et al. Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: A Delphi study. *BMC Public Health* 2016;16:180.
- Cox GR, Robinson J, Williamson M, Lockley A, Cheung YT, Pirkis J. Suicide clusters in young people: Evidence for the effectiveness of postvention strategies. *Crisis* 2012;33(4):208-14.
- Delamare C, Martin C, Blanchon Y-C. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007;55(1):41-51.

- Deliberto TL et Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2008;12(3):219-31.
- Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux (DPJ/DP). La cause des enfants tatouée sur le coeur. Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux. 2018. Disponible à : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/actualites/2018/10_octobre/Bilan2018Vweb.pdf.
- Dufour G, Duchemin N, St-Gelais D, Trudel É. L'automutilation : un appel à l'aide. Fiche express en santé mentale. Québec, Qc : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; 2015.
- Dumont M, Pronovost J, Leclerc D. Les stratégies d'adaptation des adolescents : comparaison d'un groupe scolaire et d'un groupe desservi en Centre jeunesse. *Revue de Psychoéducation* 2004;33(1):137-55.
- Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Med J Islam Repub Iran* 2015;29:268.
- Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognit Ther Res* 2008;32(2):227-45.
- Foa E. Acute interventions for children and adolescents. Dans : Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, réd. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2^e éd. New York, NY : Guilford Press; 2009a : 542-5. Disponible à : https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS_g2.pdf.
- Foa E. Psychological debriefing for adults. Dans : Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, réd. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2^e éd. New York, NY : Guilford Press; 2009b : 539-41. Disponible à : https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS_g1.pdf.
- Frappier J-Y, Duchesne M, Lambert Y, Chartrand R. Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centre de réadaptation des centres jeunesse au Québec. Rapport de recherche. Montréal, Qc : Association des centres jeunesse du Québec et Hôpital Sainte-Justine; 2015. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/279929783_SANTE_DES_ADOLESCENTES_HEBERGEES_EN_CENTRES_DE_READAPTATION_DES_CENTRES_JEUNESSE_AU_QUEBEC.
- Fraser SL, Geoffroy D, Chachamovich E, Kirmayer LJ. Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth: A gender-based-analysis of risk and protective factors. *Suicide Life Threat Behav* 2015;45(2):141-56.
- Furnivall J. Understanding suicide and self-harm amongst children in care and care leavers. *Insight 21*. Glasgow, Écosse : Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS); 2013. Disponible à : <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2016-08/iriss-insight-21.pdf>.

- Gallagher R et Daigle M. La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières* 2008;21(1):98-106.
- Garel P. L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2008;40(1):227-35.
- Gendreau G. Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative. Montréal, Qc : Éditions Sciences et culture; 2001.
- Gérard N, Delvenne V, Nicolis H. La contagion du suicide chez les adolescents : aspects culturels, éthiques et psychosociaux. *Rev Med Brux* 2012;33(3):164-70.
- Gheorghiu IL et Lesage A. Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes : revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec. Montréal, Qc : Unité d'évaluation des technologies et de modes d'interventions en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal; 2017. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs3199619>.
- Glasgow Child Protection Committee. Children and young people involved in serious incidents of self harm: Practice guidance. Glasgow, Écosse : 2006. Disponible à : <https://www.glasgowchildprotection.org.uk/CHttpHandler.ashx?id=14622&p=0>.
- Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44(1):1-29.
- Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GC. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol* 2008;63(1):14-31.
- Gonzales AH et Bergstrom L. Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) interventions. 2013;26(2):124-30.
- Gordon M et Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Aust Fam Physician* 2014;43(6):367-72.
- Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One* 2016;11(4):e0153760.
- Gray BP et Dihigo SK. Suicide risk assessment in high-risk adolescents. *Nurse Pract* 2015;40(9):30-7.
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ* 2011;342:d682.
- Grenville J, Goodman D, Macpherson A. Characteristics of self-harm behaviour among identified self-harming youth in care. *Int J Ment Health Addict* 2012;10(5):646-59.
- Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012;32(6):482-95.

- Hasking P, Andrews T, Martin G. The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *J Youth Adolesc* 2013;42(10):1543-56.
- He AS, Fulginiti A, Finno-Velasquez M. Connectedness and suicidal ideation among adolescents involved with child welfare: A national survey. *Child Abuse Negl* 2015;42:54-62.
- Heath N, Mettler J, Joly M, Lewis S. Research to practice: International consensus on response to non-suicidal self-injury (Session de Partage des connaissances - Dans le cadre du projet ACCESS Esprits ouverts). Montréal, Qc : ACCESS Esprits ouverts; 2018.
- Heath NL et Nixon MK. Assessment of nonsuicidal self-injury in youth. Dans : *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York, NY : Routledge/Taylor and Francis Group; 2009 : 143-70.
- Heimsch KA. A grounded theory of suicidality in children ten and younger [thèse]. Norfolk, VA : Old Dominion University; 2015.
- Henry D, Allen J, Fok CC, Rasmus S, Charles B. Patterns of protective factors in an intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska Native youth. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2012;38(5):476-82.
- Hetrick SE, Hok PY, Bailey E, Cox GR, Templer K, Rice SM, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): A randomised controlled trial. *Evid Based Ment Health* 2017;20(3):76-82.
- Holland KM, Vivolo-Kantor AM, Logan JE, Leemis RW. Antecedents of suicide among youth aged 11-15: A multistate mixed methods analysis. *J Youth Adolesc* 2017;46(7):1598-610.
- Hooven C, Walsh E, Pike KC, Herting JR. Promoting CARE: Including parents in youth suicide prevention. *Fam Community Health* 2012;35(3):225-35.
- Hurley KD, Trout A, Chmelka MB, Burns BJ, Epstein MH, Thompson RW, Daly DL. The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care: Comparing mental health status at admission in 1995 and 2004. *J Emot Behav Disord* 2009;17(3):164-76.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Normes de production des revues systématiques : guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2013. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes. Document rédigé par Marie Julien et Johanne Laverdure. Québec, Qc : INSPQ; 2004. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/280-AvisSuicideJeunes.pdf>.
- Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Arch Suicide Res* 2013;17(1):1-19.

- Joiner TE Jr et Ribeiro JD. Assessment and management of suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatr Ann* 2011;40(6):319-24.
- Joshi SV, Hartley SN, Kessler M, Barstead M. School-based suicide prevention: Content, process, and the role of trusted adults and peers. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015;24(2):353-70.
- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics* 2014;134(4):782-93.
- Keller DP, Schut LJ, Puddy RW, Williams L, Stephens RL, McKeon R, Lubell K. Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Prof Psychol Res Pr* 2009;40(2):126-33.
- King KA, Strunk CM, Sorter MT. Preliminary effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *J Sch Health* 2011;81(9):581-90.
- Klingbeil DA, Renshaw TL, Willenbrink JB, Copek RA, Chan KT, Haddock A, et al. Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *J Sch Psychol* 2017;63:77-103.
- Labelle R, Pouliot L, Janelle A. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Can Psychol* 2015;56(4):368-78.
- Lachal J, Orri M, Sibeoni J, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: Perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PLoS One* 2015;10(5):e0127359.
- Lambert G, Haley N, Jean S, Tremblay C, Frappier J-Y, Otis J, Roy E. Sexe, drogue et autres questions de santé – Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2012. Disponible à : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/978-2-89673-134-3.pdf.
- Laurier C et Chagnon F. Étude du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants masculins : caractéristiques différentielles des adolescents les plus à risque. *Revue de Psychoéducation* 2011;40(2):191-216.
- Laurier C et Chagnon F. Analyse du risque suicidaire chez des jeunes contrevenants pris en charge par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. *Défi Jeunesse* 2010;17(1):24-31.
- Lavoie B, Lecavalier M, Angers P, Houle J. Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : fondements théoriques et pratiques. Montréal, Qc : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal; 2012. Disponible à : https://groupejprobin.com/wp-content/uploads/2018/03/Grille_destimation_de_la_dangerosite-fondements_theoriques_et_pratiques.pdf.

- Lazarus SR et Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, NY : Springer Publishing Company; 1984.
- Le Blanc A. Le modèle psychoéducatif tel que visé au CJM-IU. Défi Jeunesse 2011;18(1):4-20.
- LeBlanc C. La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse : enjeux, pièges et outils. Montréal, Qc : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire; 2010. Disponible à : http://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/Mobilisation_changement_contexte.pdf.
- Légaré G, Gagné M, Alix C, Perron PA. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016. Québec, Qc : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2016. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf.
- Légaré G, Gagné M, Saint-Laurent D, Perron PA. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2011 – Mise à jour 2014. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2014. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1761_MortaliteSuicideQc_1981A2011_MAJ2014.pdf.
- Lemay L. L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. Nouvelles pratiques sociales 2007;20(1):165-80.
- Lloyd-Richardson E, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. Psychol Med 2007;37(8):1183-92.
- Marchand A, Iucci S, Brillon P, Martin M, Martin A. Intervention de crise et débriefing : controverses et défis. Revue francophone du stress et du trauma 2003;3(3):141-53.
- Massé S et Plusquellec P. Iso-stress 2015-20 : Évaluation de programmes de gestion du stress (équipes, jeunes) pour le bien-être collectif. Défi Jeunesse 2018;24(2):34-46.
- Mattiace CM. A training program: Increasing foster parents' knowledge of adolescent self-injurious behaviors and parenting practices [thèse]. West Hartford, CT : University of Hartford; 2010.
- McMeel LS. An examination of suicidal ideation among youth who encounter child protection services [thèse]. Chicago, IL : University of Illinois; 2009.
- Mereus W. La représentation sociale du suicide chez les adolescents de différentes communautés ethnoculturelles [thèse]. Montréal, Qc : Université du Québec à Montréal; 2006. Disponible à : <https://archipel.uqam.ca/9729/1/D1412.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 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, Qc : MSSS; 2018. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-839-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022 – Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-839-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Unité de réadaptation en internat (URI) – Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA). Répertoire des guides de planification immobilière. Québec, Qc : MSSS; 2016. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-610-08W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement. Québec, Qc : MSSS; 2015. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20180813173349/http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ. Programme-services Jeunes en difficulté. Québec, Qc : MSSS; 2013. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-839-02W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse – Section 9- L'hébergement en unité d'encadrement intensif (p. 751-800). Québec, Qc : MSSS; 2010. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012. Fiche 11- Retrait du milieu familial et placement (p. 49-52). Québec, Qc : MSSS; 2007. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-838-04.pdf>.
- Mitchell JT. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. JEMS 1983;8(1):36-9.
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2012;6:10.
- Muehlenkamp JJ, Claes L, Smits D, Peat CM, Vandereycken W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. Psychiatry Res 2011;188(1):102-8.
- Mueller AS et Abrutyn S. Suicidal disclosures among friends: Using social network data to understand suicide contagion. J Health Soc Behav 2015;56(1):131-48.

- Mugge MA. Breaking the barrier: An integrative approach to addressing the needs of adolescent non-suicidal self-injury [thèse]. Minneapolis, MN : Capella University; 2015.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm in over 8s: Long-term management. Clinical guideline [CG133]. Londres, Angleterre : NICE; 2011. Disponible à : <http://nice.org.uk/guidance/cg133>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: Management. Clinical guideline [CG26]. Londres, Angleterre : NICE; 2005. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20170714063254/https://www.nice.org.uk/guidance/cg26/resources/posttraumatic-stress-disorder-management-pdf-975329451205>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm in over 8s: Short-term management and prevention of recurrence. Clinical guideline [CG16]. Londres, Angleterre : NICE; 2004. Disponible à : <http://nice.org.uk/guidance/cg16>.
- Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: A population based-survey. CMAJ 2008;178(3):306-12.
- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif. Québec, Qc : Office des professions du Québec; 2013. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : mise à jour du guide d'application publié en 2003. Westmount, Qc : OIIQ; 2010. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1995604>.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation – Lignes directrices. Montréal, Qc : OPPQ; 2014. Disponible à : <http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/LignesdirectricesDeterminerunPI.ashx?la=fr>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées - Version 2.0. Genève, Suisse : OMS; 2018. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274363/9789242549799-fre.pdf?ua=1>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale. Genève, Suisse : OMS; 2014. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>.
- Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(2):97-107.

- Pauzé R. Recension des ingrédients actifs des programmes d'intervention en internat et en foyer de groupe. Québec, Qc : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire; 2015.
- Pelletier-Basque D. Apprivoiser les différences - Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite (3^e éd. rev. et aug.). Longueuil, Qc : Centre jeunesse de la Montérégie; 2013. Disponible à : http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Apprivoiser%20les%20diff%C3%A9rences.Programme%20d%27intervention%20sant%C3%A9%20mentale%20troubles%20de%20la%20conduite_CJ_Mont%C3%A9r%C3%A9gie_2013.pdf.
- Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP. Guide d'évaluation du risque de suicide : une ressource pour les organismes de santé. Toronto, ON : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients; 2011. Disponible à : http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf.
- Pfefferbaum B, Jacobs AK, Nitiema P, Everly GS Jr. Child debriefing: A review of the evidence base. *Prehosp Disaster Med* 2015;30(3):306-15.
- Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Melbourne, Australie : Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health; 2013. Disponible à : <https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>.
- Pitman A, Nesse H, Morant N, Azorina V, Stevenson F, King M, Osborn D. Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: A qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):400.
- Prieto N, Cheucle E, Meylan F. Débriefing psychologique et intervention psychothérapique post-immédiate. *Soins Psychiatrie* 2010;31(269):20-3.
- Pronovost J, Leclerc M, Dumont M. Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue québécoise de psychologie* 2003;24(1):179-99.
- Ranahan P. Child and youth care professionals' mental health literacy practices in their encounters with suicidal adolescents: A grounded theory study [thèse]. Victoria, BC : University of Victoria; 2011. Disponible à : <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/3690?show=full>.
- Renaud J, Chagnon F, Turecki G, Marquette C. Completed suicides in a youth centres population. *Can J Psychiatry* 2005;50(11):690-4.
- Richardson BG, Surmitis KA, Hyldahl RS. Minimizing social contagion in adolescents who self-injure: Considerations for group work, residential treatment, and the internet. *J Ment Health Couns* 2012;34(2):121-32.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD006869.

- Rossouw TI et Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(12):1304-13.e3.
- Sadeh N, Londahl-Shaller EA, Piatigorsky A, Fordwood S, Stuart BK, McNiel DE, et al. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry Res* 2014;216(2):217-22.
- Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8(12):4550-62.
- Séguin M, Roy F, Bouchard M, Gallagher R, Raymond S, Gravel C, Boyer R. Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal, Qc : Éditions AQPS; 2004. Disponible à : <https://www.agps.info/media/documents/postvention.pdf>.
- Skinner R et McFaull S. Suicide among children and adolescents in Canada: Trends and sex differences, 1980–2008. *CMAJ* 2012;184(9):1029-34.
- Social Care and Social Work Improvement Scotland (SCSWIS). Practice guide – Suicide prevention for looked after children and young people. Dundee, Écosse : SCSWIS; 2011. Disponible à : http://www.wecanandmustdobetter.org/files/3914/2626/1382/Care_Inspectorate_suicide_prevention_for_looked_after_children_2012.pdf.
- Soole R, Kølves K, De Leo D. Suicide in children: A systematic review. *Arch Suicide Res* 2015;19(3):285-304.
- Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42(3):266-78.
- Stanley B et Brown GK. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract* 2012;19(2):256-64.
- Stordeur C, Acquaviva E, Galdon L, Mercier J-C, Titomanlio L, Delorme R. Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Arch Pediatr* 2015;22(3):255-9.
- Swanson SA et Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ* 2013;185(10):870-7.
- Szumilas M et Kutcher S. Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Can J Public Health* 2011;102(1):18-29.
- Taylor LM, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother* 2011;39(5):619-25.
- Thibodeau L et Perron PA. La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2014 – Mise à jour 2017. Québec, Qc : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2017. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2216_mortalite_suicide_2017_0.pdf.

- Timson D, Priest H, Clark-Carter D. Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *J Adolesc* 2012;35(5):1307-14.
- Wichstrom L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: Similar or different? *Arch Suicide Res* 2009;13 (2):105-22.
- You J, Lin MP, Fu K, Leung F. The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(6):993-1004.
- Zetterqvist M, Lundh L-G, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(5):759-73.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

