



Ce bulletin **Repères** s'adresse aux intervenants, superviseurs cliniques, gestionnaires et aux équipes de 2<sup>e</sup> niveau d'intervention qui œuvrent au sein des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Il résume les principes généraux, les orientations cliniques et le processus d'intervention clinique qui se dégagent du cadre de référence clinique de l'INESSS (2019) intitulé [La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation](#)<sup>1</sup>.

## GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE ET DES COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION

Bien que différentes actions ciblant la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation aient été déployées au Québec ces dernières années, les intervenants et les gestionnaires des CISSS et des CIUSSS se sont dits soucieux de bien répondre aux besoins des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation par la mise en place d'une vision et d'un langage communs, et ce, dans une perspective d'harmonisation des pratiques. Ainsi, l'INESSS a entrepris de réaliser un [cadre de référence clinique](#) en collaboration avec un comité de travail composé de représentants de différents secteurs d'activité (gestionnaires, professionnels, chercheurs) provenant de plusieurs régions administratives du Québec. Le lecteur souhaitant obtenir plus de détails est invité à consulter ce cadre de référence. En plus de ce que propose ce bulletin Repères, le cadre fournit toutes les sources (littérature, consultations, parties prenantes) en appui à l'élaboration de son contenu ainsi que plusieurs informations cliniques pertinentes.



1. Dans le cadre du présent document, un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation inclut les foyers de groupe, les unités de vie régulières et les unités de vie d'encadrement intensif.

Le [cadre de référence clinique](#) proposé par l'INESSS 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](#) du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS, 2018].

## GESTION DU RISQUE SUICIDAIRE ET DE L'AUTOMUTILATION

Plusieurs jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation présentent un état de vulnérabilité lié à des difficultés personnelles, familiales et sociales. Parmi ces jeunes, certains ont des manifestations suicidaires ou des comportements d'automutilation. Par conséquent, il est impératif d'assurer le meilleur équilibre entre leurs besoins de sécurité et de soutien relationnel par la mise en place d'interventions adaptées à leur situation. Dans le but de guider ces interventions, les travaux de l'INESSS ont défini :

- quatre principes généraux d'intervention;
- un processus d'intervention clinique;
- douze orientations cliniques.

### PRINCIPE GÉNÉRAL 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.

Dans l'éventualité d'une sortie, d'une réintégration dans le milieu de vie ou d'une fin de mesure d'hébergement d'un jeune, l'implication de sa famille, de son entourage et des personnes significatives est essentielle pour lui assurer un filet de sécurité fiable à l'extérieur du centre de réadaptation.

Lors d'un retour du jeune en centre de réadaptation, il importe de favoriser la transparence dans la communication pour que la famille et les personnes significatives puissent transmettre de l'information relative à la détresse du jeune et à la présence de manifestations suicidaires ou d'automutilation. Cette communication favorise la mise en place d'interventions qui soutiennent autant le jeune que son entourage.

## PRINCIPE GÉNÉRAL 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.

Les réactions et émotions ressenties par un intervenant peuvent affecter sa relation avec le jeune et sa façon d'intervenir. L'alliance thérapeutique doit s'ancre dans un savoir-être important de l'intervenant de façon à ce que le lien entre celui-ci et le jeune persiste lorsque l'intensité des émotions et des comportements du jeune est importante. Pour le bien-être de ce dernier, l'alliance thérapeutique, élément clé pour l'efficacité des interventions, s'établit en tenant compte de ses spécificités et en faisant preuve de sensibilité et d'ouverture. En présence d'une relation de confiance, le jeune pourra être plus ouvert à demander de l'aide.

- ▣ Pour un survol des schèmes relationnels qui permettent de développer et d'approfondir une alliance thérapeutique, voir le [cadre de référence clinique](#) de l'INESSS (2019).



## Principe général 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;
- 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.

Il est important que l'intervenant soit accompagné pour gérer une situation de risque suicidaire ou d'automutilation. Le travail d'équipe est essentiel pour le soutenir et optimiser l'efficacité des interventions. L'équipe peut se composer d'intervenants des 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux et d'autres membres du personnel concernés, de partenaires des différents programmes-services ou de la communauté.

Que ce soit au sein de l'équipe de travail ou en collaboration avec les partenaires externes, il est important d'assurer une continuité des services en réponse aux besoins du jeune par le biais d'un processus fluide de communication et l'utilisation d'outils cliniques communs. Cette communication se fait dans le respect des lois qui encadrent le partage et la protection des renseignements personnels.

#### **LES INTERVENANTS DES 1<sup>ER</sup>, 2<sup>E</sup> ET 3<sup>E</sup> NIVEAUX SONT LES SUIVANTS :**



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).

**PRINCIPE GÉNÉRAL 4: Viser le meilleur équilibre pour répondre aux besoins de sécurité et de soutien relationnel**

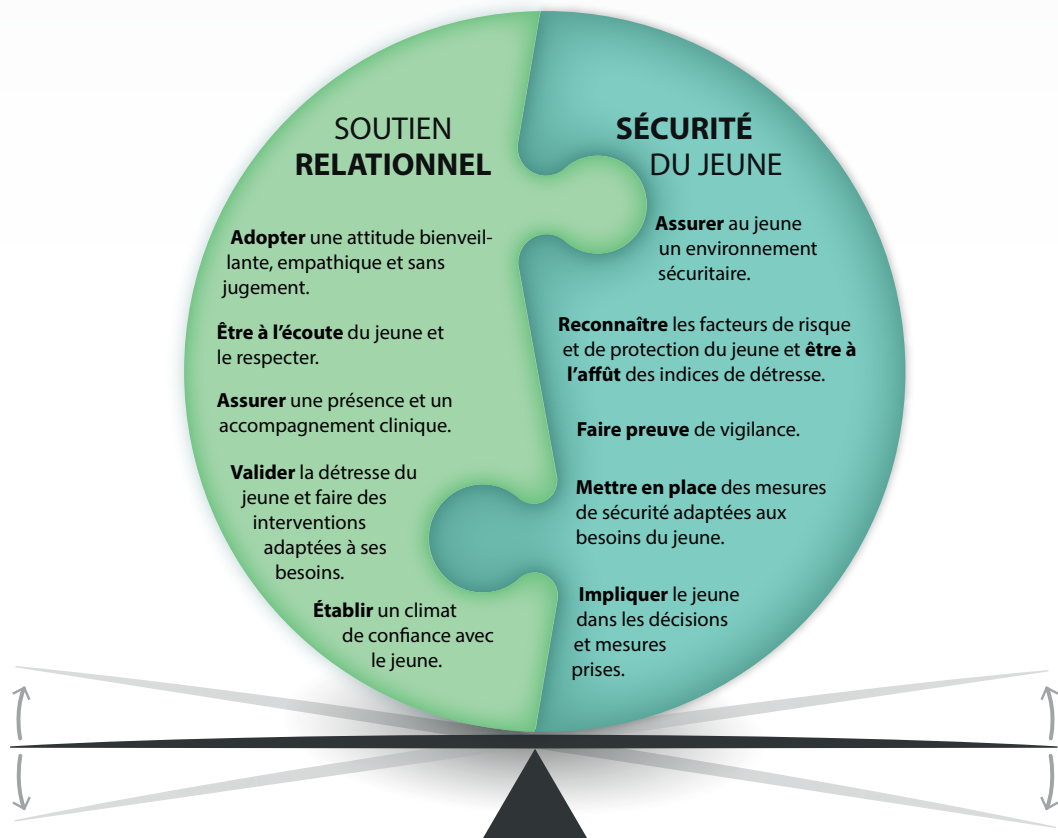
**ORIENTATION CLINIQUE 4**

**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.

Cette orientation clinique vise à aider le jeune à reprendre confiance en ses possibilités, à mieux faire face à ses difficultés et à découvrir et expérimenter d'autres moyens plus adaptés pour apaiser sa souffrance.



**UNE INTERVENTION BASÉE SUR :**

- Une responsabilité partagée
- Un partage de l'information clinique
- Une décision éclairée

# PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE

La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation suit un processus clinique dynamique, continu et centré sur les besoins du jeune. Elle comprend trois étapes :

la détection | l'évaluation | l'intervention



Ce processus dynamique demande :

- une adaptation de la part des intervenants en fonction de la situation, des caractéristiques du jeune et du contexte de l'intervention;
- une recherche du meilleur équilibre entre les besoins de soutien relationnel et de sécurité du jeune;
- une fluidité entre les étapes qui le composent.

## 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.

Cette détection est généralement réalisée par les intervenants du 1<sup>er</sup> niveau d'intervention qui doivent statuer, avec leur gestionnaire, sur la pertinence de poursuivre ou non le processus d'évaluation par les intervenants du 2<sup>e</sup> ou du 3<sup>e</sup> niveau. Dans ce contexte, il importe que les intervenants considèrent les interrelations qui existent entre les différents éléments significatifs qu'ils ont pris soin de relever, et ce, pour affiner le processus de détection.

Rappelons que la détection est une activité non réservée en vertu de la réglementation en vigueur au Québec.



Les intervenants doivent porter une attention particulière aux enfants et aux adolescents des communautés culturelles minoritaires en raison de leurs valeurs, croyances et traditions qui peuvent influencer l'expression de la détresse d'un jeune et sa propension à rechercher de l'aide. Dans toute situation de risque suicidaire ou d'automutilation, il importe d'aider le jeune en détresse à s'exprimer davantage. Une analyse fine de la situation a plus de chance de mener à des interventions adaptées qui favoriseront le meilleur équilibre entre les besoins de sécurité et de soutien relationnel du 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. Pour ce faire, il doit prendre en compte les facteurs de risque et de protection, observer les indices de détresse et tout autre élément contextuel.

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. Il peut s'agir de facteurs personnels, familiaux, sociaux, environnementaux ou circonstanciels. Par ailleurs, la reconnaissance des indices de détresse manifestés par le jeune et leur interprétation juste influenceront sur la qualité de l'intervention. Retenons que le niveau de risque peut fluctuer en fonction de moments critiques et d'événements précipitants pouvant être particulièrement éprouvants pour le jeune.



Une vigilance accrue et un environnement sécuritaire sont nécessaires lorsque le jeune est seul et qu'il vit un moment critique ou un événement précipitant.

Il importe de considérer le point de vue du jeune, de ne pas sous-estimer ses sentiments et ses traumatismes afin d'éviter de banaliser une situation cruciale pour lui.

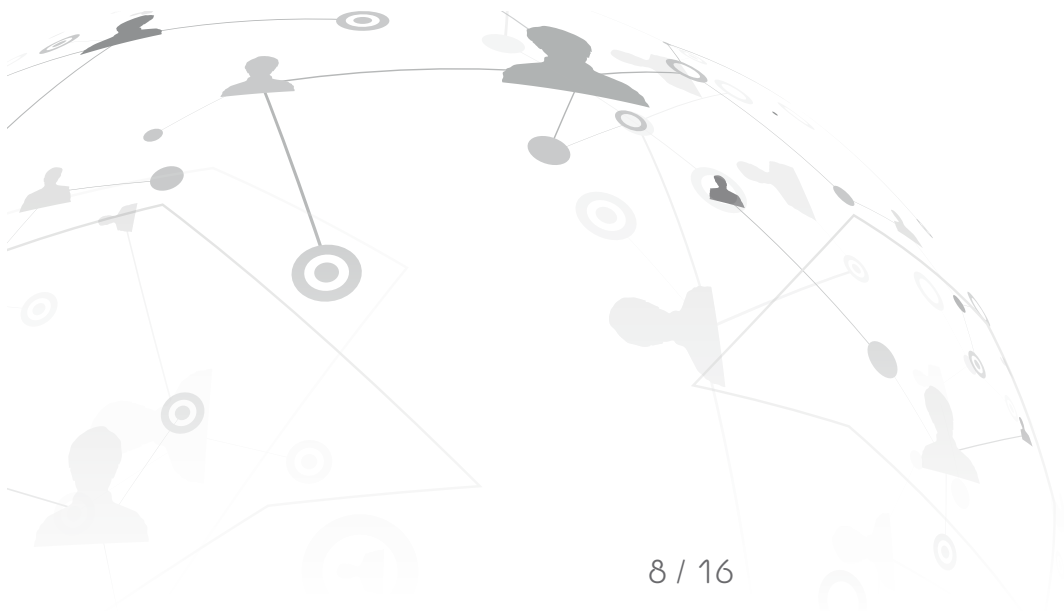


Il est important de porter une attention particulière aux enfants puisqu'ils ont parfois :

- une compréhension limitée de la mort;
- un faible contrôle sur leur impulsivité;
- un niveau de langage qui ne leur permet pas toujours d'exprimer avec clarté ce qu'ils vivent ou ressentent.

Les enfants qui s'automutilent de façon répétée risquent de progresser vers des comportements plus dangereux, compromettant ainsi leur sécurité.

▣ Pour trouver des exemples de facteurs de risque et de protection, d'indices de détresse et de moments critiques ou événements précipitants, le lecteur peut se référer directement au [cadre de référence clinique](#) (INESSS, 2019).



## 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<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> niveau d'intervention est requise, les intervenants de 1<sup>er</sup> 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 centrée sur la situation du jeune vise à bien comprendre sa dynamique à travers son fonctionnement, ses forces et ses difficultés sous-jacentes. Elle permet de déterminer les interventions à mettre en place afin d'assurer une réponse plus adaptée aux besoins du jeune. Elle se déroule dans le respect de la réglementation en vigueur au Québec.

Selon le [Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire](#) du MSSS, ce sont les intervenants du 2<sup>e</sup> niveau d'intervention qui ont la responsabilité d'évaluer l'état de santé mentale du jeune et d'estimer le risque de passage à l'acte suicidaire. C'est aux équipes de 3<sup>e</sup> niveau d'intervention que revient la responsabilité d'évaluer la présence d'une psychopathologie. Elles effectuent également l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire lorsque celle-ci n'a pas été réalisée par l'équipe du 2<sup>e</sup> niveau.



L'utilisation d'outils d'évaluation ne constitue pas une activité réservée selon le PL 21. Le choix d'un outil clinique repose notamment sur :

- l'objectif d'évaluation;
- les clientèles pour lesquelles l'outil a été standardisé;
- ses propriétés psychométriques;
- les compétences requises pour son administration et l'interprétation des résultats.

Les outils cliniques ne servent pas à prédire l'occurrence d'un geste suicidaire ou d'un comportement d'automutilation. Ils permettent plutôt d'en estimer le risque et de soutenir le jugement clinique lors de l'évaluation. L'emploi d'autres méthodes de collecte d'information est suggéré en complémentarité avec ces outils (à titre indicatif, voir l'annexe D du [cadre de référence clinique](#) pour des exemples d'outils).

## INTERVENTIONS

### Adaptées aux besoins du jeune et axées sur sa sécurité dans un contexte de vie de groupe

Une intervention adaptée dans un contexte de vie de groupe demande qu'un intervenant, tout en respectant la dynamique d'un groupe, individualise ses interventions dans le but de répondre aux besoins de chaque jeune. Les trois orientations cliniques suivantes servent ce propos.

#### 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 positif et une entraide entre les jeunes.

Les jeunes peuvent être influencés par les comportements et les valeurs de leurs pairs ainsi que par les médias sociaux. Leur besoin d'être acceptés peut les pousser à reproduire ce qu'ils observent et à rechercher la présence de pairs qui ont des vulnérabilités comparables aux leurs. L'influence de ceux-ci constitue un enjeu que les intervenants doivent considérer avec sérieux.

L'influence des pairs et l'exposition aux comportements suicidaires et d'automutilation peuvent parfois être associées à un phénomène de contagion. Il existe des interventions qui peuvent réduire les risques de cette contagion potentielle. Instaurer une culture positive où la détresse peut être exprimée et bien comprise peut aider à atténuer le phénomène de contagion. Il est important d'assurer un suivi auprès des jeunes à risque et de leur offrir un soutien qui va au-delà du court terme.

Certaines interventions cliniques qui touchent directement le suicide ou l'automutilation doivent être effectuées en rencontre individuelle. Il est recommandé de ne pas faire d'activité de sensibilisation de groupe sur le suicide qui s'adresse à des jeunes vulnérables, comme ceux ayant déjà fait une tentative. Il est également préférable d'éviter le partage des détails d'histoires vécues d'automutilation dans un contexte de vie de groupe.



## INTERVENTIONS (SUITE)

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

### 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.

Le [cadre de référence clinique](#) fait état de certaines stratégies sur lesquelles l'intervention s'appuie lorsqu'il est question de facteurs de risque et de protection. En voici quelques-unes :

- **Régulation des émotions et tolérance à la détresse** : Certaines interventions visent à aider le jeune à mieux reconnaître et exprimer ses émotions et à prendre des moyens pour assurer une gestion plus efficace de celles-ci. Ces stratégies permettraient au jeune d'améliorer sa capacité de contrôle de soi et de diminuer ses réactions impulsives. Par ailleurs, il existe des stratégies de tolérance à la détresse qui peuvent aider le jeune à mieux tolérer une détresse à court terme. Choisir des moyens pour se distraire tout comme pratiquer des activités apaisantes en sont des exemples.
- **Stratégies d'adaptation (coping) et résolution de problèmes** : Ces stratégies peuvent aider le jeune à maîtriser, diminuer ou tolérer le stress que génère une situation. Elles incluent les actions de résolution de problèmes, les actions qui visent l'amélioration de la communication et la modification des idées parfois erronées qu'entretient le jeune face à sa situation de détresse.
- **Estime de soi** : Les interventions qui aident le jeune à modifier les perceptions négatives qu'il entretient à son égard et les activités qui lui procurent un sentiment d'accomplissement seraient à privilégier lorsqu'on désire améliorer son estime de soi.
- **Habiletés sociales et de communication** : Il importe d'aider le jeune à améliorer ses habiletés de communication et à trouver des moyens autres que l'automutilation ou le geste suicidaire pour exprimer sa détresse ou demander de l'aide. L'aider à briser l'isolement, l'inciter à s'entourer de personnes sur qui il peut compter lors des moments difficiles et le soutenir dans sa recherche d'un réseau social positif sont des exemples d'éléments d'intervention.

Il arrive qu'une situation requière la mise en place de mesures qui sont déjà balisées au sein d'un établissement pour assurer la sécurité du jeune et prévenir un passage à l'acte. Dans ce cas, il importe de lui expliquer ce que sont ces mesures et de l'informer des raisons qui les sous-tendent. Une révision fréquente du niveau de risque de la situation permet de revoir et d'adapter les protections mises de l'avant et ainsi d'assurer que les mesures retenues sont les moins limitatives possible. Parallèlement aux mesures de sécurité, gardons en tête que le soutien relationnel offert au jeune doit être renforcé lors des situations à risque.

## INTERVENTIONS (SUITE)

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

R  
E  
P  
E  
R  
E  
S

### ORIENTATION CLINIQUE 9

**Un événement potentiellement traumatique peut avoir des effets physiques et psychologiques importants, 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.

En contexte de centre de réadaptation, il est possible d'être exposé à une tentative de suicide ou à des gestes d'automutilation graves de la part d'un jeune. Être témoin d'un tel événement est considéré dans le DSM-5 comme étant potentiellement traumatique au même titre, par exemple, qu'être témoin de violences domestiques, d'un accident ou d'une guerre. Apprendre par un tiers (exposition indirecte) qu'un parent, un proche ou un ami a vécu un tel événement peut également être traumatique.

Un soutien social déficient et un manque de ressources dans les réponses immédiates à donner à la suite d'un événement potentiellement traumatique peuvent aggraver la réaction de stress initial.

Selon la littérature<sup>2</sup>, les premiers soins psychologiques doivent comprendre huit principales actions :

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.

2. Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder & posttraumatic stress disorder. Melbourne, Australie – Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health; 2013; Brymer M., Taylor M., Escudero P., Jacobs A., Kronenberg M., Macy R., et al. Psychological first aid for schools: Field operations guide. 2<sup>nd</sup> Edition. Los Angeles, CA : National Child Traumatic Stress Network (NCTSN); 2012.

# PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

## LES ORIENTATIONS

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. Les pratiques organisationnelles appuient la mise en place des principes d'intervention généraux et des étapes du processus clinique ainsi que les orientations cliniques. Les travaux de l'INESSS insistent sur les trois pratiques organisationnelles suivantes :



### 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.

Pour une sécurité optimale, il importe que les intervenants soient bien informés des enjeux reliés à l'administration et au suivi de la médication. 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. Le respect d'un suivi rigoureux des besoins du jeune en ce qui concerne la médication contribue à améliorer son bien-être physique et émotionnel. Par ailleurs, une vigie particulière doit être exercée, notamment lors des périodes de sorties, puisqu'il est possible que le jeune ait accès à certains médicaments qui peuvent avoir des effets potentiellement nuisibles à sa condition.

La sécurité du jeune qui présente un risque suicidaire ou des comportements d'automutilation dépend également des mesures en place visant la restriction de l'accessibilité à des moyens létaux et à des produits ou moyens dangereux. Ces restrictions doivent être adaptées au milieu de vie ou au type d'encadrement des jeunes hébergés en centre de réadaptation.

Dans certaines situations, des mesures particulières ou exceptionnelles peuvent être appliquées dans la gestion du risque suicidaire ou de l'automutilation. Toutefois, ces mesures ne doivent jamais être utilisées à des fins punitives ou disciplinaires et elles doivent toujours tenir compte de l'état physique et mental du jeune.

## 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 suicide.

Pour une meilleure gestion de l'information clinique, il est conseillé de consulter le cadre législatif qui précise le respect de la confidentialité et les circonstances pour lesquelles celle-ci peut être levée.

## Formation et soutien professionnel

### 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.

La formation continue contribue à soutenir les intervenants dans l'intégration des connaissances, mais également dans l'amélioration des compétences et des habiletés nécessaires à des interventions de qualité. La complexité et la diversité des problématiques associées aux manifestations suicidaires et d'automutilation des jeunes hébergés en centre de réadaptation demandent des formations complémentaires. Par exemple, il importe que les intervenants aient accès à diverses connaissances, dont celles portant sur les troubles mentaux et les caractéristiques propres aux jeunes issus des communautés autochtones et ethnoculturelles.

Au-delà du savoir et du savoir-faire, le savoir-être est primordial et constitue la base même de l'intervention. La supervision et le soutien clinique visent à accompagner l'intervenant lors de situations complexes ou émotionnellement exigeantes. Ces activités cliniques permettent à l'intervenant de prendre un recul par rapport à une situation afin qu'il puisse en faire une analyse réflexive et explorer de nouvelles pistes de solution.

## EN CONCLUSION

En considérant la gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation dans une optique plus globale, le [cadre de référence clinique](#) proposé par l'INESSS permet une appropriation et une adaptation de son contenu en fonction des particularités des régions. Tenir compte des besoins, des vulnérabilités et des forces des jeunes qui présentent des manifestations suicidaires ou d'automutilation contribue à leur mieux-être. De surcroît, des services adaptés qui misent sur l'implication et le soutien des proches et des différents acteurs de la communauté sont un atout majeur dans ce contexte. Pour ces jeunes dont la détresse est importante, il est souhaité que les apprentissages qu'ils font durant leur séjour en centre de réadaptation soient transposés hors de leur milieu d'hébergement.

Retenons qu'une meilleure compréhension de ces problématiques et la recherche de pistes d'action concrètes visant l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes en difficulté d'adaptation concernent l'ensemble de la société : l'amélioration des pratiques dépasse les milieux d'intervention de réadaptation.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS, il résume les principes généraux, les orientations cliniques et le processus d'intervention clinique qui se dégagent du cadre de référence clinique de l'INESSS (2019) intitulé [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 document peut être consulté à la section [Publications](#) du site [inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca).

#### **Équipe de projet**

##### **Auteures principales**

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

##### **Coordonnatrice scientifique**

Micheline Lapalme, Ph. D.

##### **Adjointe à la direction**

Marie-Claude Sirois, M. Ps. Éd., M. Sc. Adm.

##### **Directrice**

Sylvie Desmarais, M. Sc.

##### **Transfert de connaissances**

Claude Boutin, M. Ps.  
Renée Latulippe, M.A.

##### **Design graphique**

Jocelyne Guillot, M.A. (cand.)