

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL (PROFIL MÉMOIRE)

PAR ARIANE SISAVATH

LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT
AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR
LE TERRITOIRE DES LAURENTIDES

14 JUILLET 2023

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
RÉSUMÉ	6
INTRODUCTION	7
1. RECENSION DES ÉCRITS	9
1.1 Stratégie de recherche documentaire.....	9
1.2 Définitions des termes	9
1.3 Ampleur du phénomène.....	11
1.4 Facteurs de risque et de protection	12
<i>Facteurs individuels</i>	13
<i>Facteurs familiaux</i>	15
<i>Facteurs environnementaux</i>	16
<i>Facteurs de protection</i>	19
1.5 Intervention, traitements et recommandations.....	20
<i>Le rôle et la formation des travailleuses sociales</i>	23
1.6 Réponses sociales	24
<i>Dispositif de prévention du suicide</i>	24
<i>Des exemples de programmes de prévention du suicide chez les jeunes</i>	27
<i>Les outils d'évaluation du risque suicidaire chez les jeunes</i>	30
1.7 Défis liés à la recherche.....	32
2. PROBLÉMATISATION	34
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	36
4. CADRE THÉORIQUE	36
<i>Les travailleuses sociales au centre du modèle</i>	38
<i>Les travailleuses sociales en interactions et en interrelations avec plusieurs systèmes</i>	38
Schéma 1. L'approche écologique pour comprendre les pratiques de travailleuses sociales auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire	41
4.1 Cadre conceptuel	42
5. MÉTHODOLOGIE	44
5.1 Devis méthodologique	44
<i>Population à l'étude et critères d'inclusion</i>	44
<i>Stratégies de recrutement</i>	45
<i>Procédure de l'entretien</i>	46
<i>Outils de cueillette de données</i>	47

<i>Stratégie d'analyse des données</i>	48
<i>La pré-analyse</i>	48
<i>L'exploitation du matériel</i>	49
<i>Le traitement des résultats obtenus et l'interprétation</i>	49
<i>Considérations éthiques</i>	50
6. LIMITES DE LA RECHERCHE	52
7. RÉSULTATS	54
7.1 Présentation de l'échantillon de recherche	54
7.2 La perception qu'ont les travailleuses sociales du phénomène du suicide chez les enfants de 12 ans et moins	55
<i>Un phénomène bien réel qui pourrait être en augmentation</i>	55
<i>Les manifestations de détresse des enfants</i>	56
7.3 Une problématique aux nombreuses facettes.....	58
<i>Des fragilités individuelles</i>	58
<i>Des facteurs environnementaux</i>	59
<i>Autres facteurs sociaux</i>	60
<i>Quand des facteurs de risque deviennent des éléments déclencheurs</i>	62
<i>Les facteurs de protection</i>	62
<i>Les besoins des enfants et de leurs parents</i>	63
7.4 De la reconnaissance sociale de la problématique	64
7.5 Les pratiques de travailleuses sociales auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire	66
<i>Les TS sont à l'avant-plan de l'évaluation du risque suicidaire chez les enfants</i>	66
<i>Les particularités de l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant</i>	67
<i>Les outils d'évaluation</i>	69
<i>L'intervention après la crise</i>	71
<i>Les approches d'intervention</i>	72
<i>Le travail de partenariat</i>	74
<i>Les trajectoires de services</i>	76
<i>Le degré d'aise, les sentiments générés et les valeurs des participantes</i>	78
<i>Les enjeux liés à la pratique</i>	80
7.6 Les besoins des travailleuses sociales	84
7.7 Quand les travailleuses sociales pensent leurs pratiques	85
<i>Réflexions sur les pratiques</i>	85
<i>Pistes pour la pratique</i>	87

8. DISCUSSION	90
<i>La problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins selon la perception de travailleuses sociales</i>	90
<i>Les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention en contexte suicidaire auprès d'enfants de moins de 12 ans.....</i>	92
<i>Le continuum de services offerts aux EICS.....</i>	96
<i>Les besoins spécifiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès des EICS.....</i>	97
<i>Les enjeux et les défis à la pratique.....</i>	99
<i>Pistes d'intervention et de réflexions.....</i>	100
CONCLUSION.....	103
<i>Les apports de la présente recherche.....</i>	103
<i>Implications.....</i>	104
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	107
ANNEXE 1.....	121
ANNEXE 2.....	122
ANNEXE 3.....	123
ANNEXE 4.....	124
ANNEXE 5.....	126
ANNEXE 6.....	127
ANNEXE 7.....	131
ANNEXE 8.....	136
ANNEXE 9.....	140
ANNEXE 10.....	141
ANNEXE 11.....	142
ANNEXE 12.....	143
ANNEXE 13.....	145
ANNEXE 14.....	152

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les participantes à mon projet de recherche. En nous permettant d'entendre votre précieuse voix, vous avez contribué à documenter une problématique importante qui est encore trop peu abordée. Vous avez répondu à l'appel malgré le contexte difficile et la surcharge qu'a amenés la pandémie. Il s'agit, selon moi, d'une preuve de votre dévouement face à la profession du travail social et aux enfants. Sachez que sans vous, ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Je souhaite également remercier ma directrice de recherche, Sylvie Thibault. Tu as su m'accompagner et me guider tout au long du processus de recherche, en m'offrant l'écoute, les conseils et l'espace dont j'avais besoin, toujours avec grande finesse et bienveillance. Tu as aussi su nourrir et inspirer mon intérêt pour les domaines académique et de la recherche. Merci de croire en moi.

Enfin, je tiens à remercier les quelques personnes de mon entourage qui, de loin ou de près, m'ont encouragée à poursuivre mon projet même lors des moments difficiles. Aujourd'hui, je suis fière de vous dire que vous m'avez aidé à persévérer pour terminer ce mémoire

RÉSUMÉ

Ce mémoire traite des pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire des Laurentides. Les comportements suicidaires chez les jeunes enfants sont encore peu étudiés. La recherche qualitative effectuée dans le cadre de ce mémoire avait plusieurs objectifs, soit 1) de documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales, 2) de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, 3) de documenter le continuum de services offerts à ces enfants, 4) d'identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) de documenter les besoins de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès de ces enfants. C'est en s'appuyant sur une approche de recherche qualitative et exploratoire que l'étudiante chercheuse a pu documenter les pratiques des sept travailleuses sociales et agentes de relations humaines qui ont accepté de participer à la recherche. Le cadre théorique écologique a été retenu pour l'analyse des données recueillies. Celui-ci nous a permis de comprendre que des pratiques spécifiques à l'intervention en contexte suicidaire auprès des jeunes enfants se développent et peuvent être analysées sous l'angle de leurs constantes interactions avec les différents environnements entourant les travailleuses sociales. Les résultats démontrent que la problématique du suicide chez les jeunes enfants semble être rencontrée de plus en plus souvent par celles-ci, que des trajectoires de services leur étant destinés se dessinent. L'analyse du discours des participantes suggère que des enjeux personnels, organisationnels et sociétaux doivent être considérés.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la question du suicide interpelle les organisations nationales et internationales de santé. Selon un rapport de l'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ), au Québec en 2016, les hommes présentaient un taux de suicide de 18,6 par 100 000 habitants, les femmes de 5,7 par 100 000 habitants (INSPQ, 2019). Pour sa part, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que plus de 700 000 personnes s'enlèvent la vie dans le monde chaque année (OMS, 2021). Si l'on se penche sur les comparaisons par groupes d'âges, les personnes de 50 à 64 ans affichaient le taux le plus élevé avec 30,5 par 100 000 habitants, alors que les adolescents de 15 à 19 ans et les enfants de 10 à 14 ans affichaient les taux les plus bas, soit respectivement 12,1 et 0,7 par 100 000 (INSPQ, 2019). Le National Institute of Mental Health aux États-Unis indique que le suicide est la deuxième cause de décès chez les enfants âgés de 10 à 18 ans (NIMIRC, 2018).

Bien que les données statistiques disponibles laissent penser à une rareté du suicide complété chez les jeunes enfants, le fait que des enfants aussi jeunes que cinq ou six ans songent à s'enlever la vie demeure préoccupant. En tant que travailleuse sociale qui œuvre auprès des jeunes dans les Laurentides, il m'a semblé voir une augmentation des demandes d'aide relatives à des idéations, tentatives ou autres comportements suicidaires chez les jeunes enfants entre 6 et 12 ans depuis quelques années. En questionnant des collègues cumulant de nombreuses années d'expérience en intervention jeunesse à ce sujet, cette impression concernant l'augmentation semble partagée par plusieurs d'entre-elles. Toutefois, nous faisons le constat que peu de protocoles, d'outils d'intervention ou de formations adaptées à cette population existent dans les milieux de pratique ayant pour cible la jeunesse en difficulté. Il apparaît donc clair que la question du suicide chez les jeunes enfants mérite d'être approfondie.

Le présent mémoire porte sur le suicide chez les enfants de 12 ans et moins, et de façon plus spécifique, sur les pratiques d'intervention de travailleuses sociales qui œuvrent auprès de cette population. Ainsi, le premier chapitre du présent mémoire présente la

recension des écrits et nous plonge au cœur du deuxième chapitre réservé à la problématisation. Les troisième, quatrième, cinquième et sixième chapitre traitent, respectivement, des objectifs poursuivis, du cadre théorique retenu pour l'analyse des données, de la méthodologie employée ainsi que des limites et les considérations éthiques inhérentes à cette recherche. Au septième chapitre, les résultats de cette démarche de recherche sont exposés. Puis, le dernier chapitre se concentre sur la discussion, permettant ainsi de poser un regard critique sur les résultats présentés, en lien avec les connaissances disponibles.

1. RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Stratégie de recherche documentaire

Dans le but d'élaborer cette recension des écrits, quatre méthodes de repérage d'articles ont été utilisées en mettant de l'avant des critères spécifiques, c'est-à-dire que les articles devaient être de langues française ou anglaise, avoir été publiés entre 2010 et 2020 et devaient traiter du phénomène du suicide chez les jeunes de façon directe ou indirecte, considérant le peu d'écrits disponibles. En 2022, une mise à jour a été effectuée (2020-2022) en utilisant les mêmes critères. Une première recherche a été réalisée sur les bases de données suivantes : Érudit, Sociological Abstracts, Google Scholar, JSTOR et Academic Search Complete. Pour ce faire, les mots clés suivants ont été utilisés : « suicide », « évaluation », « idée suicidaire », « suicidal », « suicidal attempts », puis ceux-ci ont été associés à : « jeunes », « children », « youth ». Ensuite, les à partir des listes de références d'articles sélectionnés, nous en avons retracé d'autres susceptibles d'être intéressants dans le cadre de cette recherche. Par après, d'autres études ont été identifiées grâce à différents contacts avec des intervenants du réseau qui œuvrent auprès de jeunes enfants suicidaires. Puis, certains documents provenant du Web gouvernemental du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec ont été consultés. Enfin, quelques publications ne répondant pas aux critères de sélection ont tout de même été retenus en raison de leur pertinence en regard de la problématique ciblée, par exemple Cash et Bridge (2009), Fréchette et Baril (1996), Gallagher et Daigle (2008) et Mishara (1999). Avant de présenter les principaux éléments qui émergent de cette recension des écrits, il convient d'examiner la façon dont les auteurs définissent les différents termes associés à la question du suicide.

1.2 Définitions des termes

Il existe chez les auteurs une variété de points de vue concernant la terminologie spécifique au suicide. Alavi et ses collègues (2017) soulignent d'ailleurs que les termes et définitions sont nombreuses dans les écrits disponibles sur le sujet en spécifiant que leur utilisation ne fait pas l'objet d'un consensus dans la communauté scientifique. Plusieurs auteurs des articles recensés ne définissent pas explicitement la terminologie qu'ils emploient lorsqu'ils parlent par exemple de suicide, de tentative de suicide ou d'idéations

suicidaires (Bourdet-Loubère et Raynaud, 2013; Drapeau, 2019; Gallagher et Daigle, 2008; Horowitz et al., 2012; Lesage et al., 2012; Rufino et Patriquin, 2019; Stordeur et al., 2015; Vandevorde, 2014; Vandevorde, 2015). Néanmoins, d'autres auteurs soulignent certaines nuances. L'Organisation Mondiale de la Santé (2014) définit le *suicide* comme étant un acte de se donner délibérément la mort alors que Cash et Bridge (2009) précisent qu'il s'agit d'un acte fatal avec une intention explicite ou déduite de mourir. En ce qui concerne la *tentative de suicide*, des auteurs s'entendent pour dire qu'il s'agit de l'action posée pour mettre fin à ses propres jours, mais qui s'est avérée non fatale (Cash et Bridge, 2009; Horowitz et al., 2012; Mitch van Geel et al., 2014 ; OMS, 2014; Skinner et McFaull, 2012). Selon Cash et Bridge (2009), les *idéations suicidaires* réfèrent aux pensées qu'une personne entretient de se blesser ou de se tuer elle-même et sont vues par Mitch van Geel et al. (2014) comme un élément précurseur au suicide. Lorsqu'on parle de *comportements suicidaires*, il est question de tout comportement qui vise à se blesser sérieusement ou à se donner la mort, en passant par les idées suicidaires, la planification du suicide (OMS, 2014) jusqu'au suicide lui-même (Lake, 2013). D'autres termes sont utilisés pour faire référence aux comportements suicidaires comme par exemple, la *communication suicidaire* qui renvoie à l'expression directe ou indirecte de l'idéation suicidaire (Alavi et al., 2017; Cash et Bridge, 2009) ou encore la *menace suicidaire* (Alavi et al., 2017) qui est vue comme l'utilisation de ladite communication dans le but d'arriver à l'objet de convoitise (Vandevorde, 2015) ou avec l'intention d'amener un changement de comportement chez autrui (Cash et Bridge, 2009). Alavi et ses collègues (2017) mentionnent que pour décrire les menaces, plusieurs termes sont aussi utilisés comme *imminent*, *long-terme*, *directe* ou *indirecte*, *ponctuelle* ou *chronique* et qu'une menace peut bien se terminer par un réel acte de suicide. Tant dans le milieu de la recherche que sur le terrain, la *menace suicidaire* est cependant de moins en moins utilisée en raison de sa connotation négative et du fait que le terme porte à minimiser la détresse vécue par la personne, en cohérence avec une communication sécuritaire pour la prévention du suicide (Agence de la santé publique du Canada, 2018). C'est pourquoi on privilégie l'utilisation du terme de *communication suicidaire* ou *verbalisation suicidaire* (ce dernier étant communément utilisé sur le terrain de pratique). En ce qui concerne l'évaluation de certains comportements suicidaires, Vandevorde (2014) distingue trois termes, soit celui d'*urgence suicidaire*, renvoyant à la

probabilité que quelqu'un mette fin à ses jours dans les prochaines 48 heures, celui de *risque suicidaire*, référant plutôt à un pronostic sur 2 ans ainsi que de *potentiel suicidaire* auquel l'auteur accole la notion d'estimation de « l'activité suicidaire d'un individu » (p. 447). Cette estimation peut être vue un peu à la manière d'une photographie qui nous permettrait d'identifier des éléments cliniques associés au suicide. Enfin, dans leur revue de littérature portant sur des outils de dépistage du suicide chez les patients pédiatriques, Heise, York et Thatcher (2016) décrivent la *suicidalité* comme étant toute pensée ou action reliée avec le fait de s'enlever la vie, allant de pensées suicidaires passives à la tentative de suicide et au suicide complété. À la lumière de ce qui précède, nous pouvons constater que la terminologie par rapport au phénomène du suicide reste diversifiée et appelle donc à la prudence concernant son utilisation.

1.3 Ampleur du phénomène

Pour différentes raisons qui seront abordées un peu plus loin, la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins serait, entre autres, difficile à quantifier de façon à évaluer son ampleur. Quoique ce sujet fasse l'objet de peu de recherches (Ruch et *al* 2021), il est toutefois possible de dégager certains indicateurs concernant la prévalence de la problématique chez les jeunes. En France par exemple, ce sont 37 enfants âgés de 5 à 14 ans qui sont décédés par suicide en 2009 (Stordeur et *al.*, 2015). Aux États-Unis, le suicide est la deuxième cause principale de décès chez les enfants de 10 à 17 ans et la neuvième chez les 5 à 11 ans (CDC, 2017, cité dans Rufino et Patriquin, 2019). En outre, une étude récente réalisée aux États-Unis fait état d'une augmentation marquée du nombre d'enfants âgés entre 5 et 18 ans ayant visité l'urgence d'hôpitaux concernant des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide, entre 2007 et 2015 (Burstein, Agostino et Greenfield, 2019). Cette étude souligne également que les enfants de 5 à 11 ans représentent 43,1 % de ces visites à l'urgence. D'ailleurs, une autre étude examinant une base de données incluant les visites et hospitalisations en lien avec les idéations et tentatives suicidaires d'enfants entre 5 et 17 ans dans 49 hôpitaux pour enfants entre 2008 et 2015 aux États-Unis indique également une telle augmentation d'environ le double (Plemmons et *al.*, 2018). Au Canada, le suicide est la cinquième cause de décès chez les enfants de 5 à 9 ans en 2018 (Statistiques Canada, 2020), et la première cause de décès chez les enfants de 10 à 14 ans en 2018

(Statistique Canada, 2020). Au Québec, on relève que 29 enfants se sont suicidés entre 1995 et 2001, tout comme en moyenne, annuellement 8,38 enfants âgés de 0 à 14 ans, entre 1999 et 2006 (Gallagher et Daigle, 2008). Les données contenues dans la mise à jour 2022 du rapport *Le suicide au Québec : 1981 à 2019* (Lévesque, Rassy et Genest, 2022) indiquent que le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les 10 à 14 ans a plus que doublé entre 2008 et 2019. En outre, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) rapporte que 9% de l'ensemble des décès des garçons âgés de 10 à 14 ans entre 2013 et 2015 est dû au suicide, alors que la proportion chez les filles est de 16% (Lévesque, Pelletier et Perron, 2019). Si le phénomène du suicide complété chez l'enfant de 12 ans et moins demeure peu documentées, les données disponibles semblent indiquer que la problématique existe bel et bien et qu'il convient donc qu'on s'y attarde. En fait, si les suicides complétés chez les enfants sont encore rares, les idéations suicidaires et autres comportements suicidaires eux, sont beaucoup plus fréquents, comme l'avancent certains auteurs (Bourdet-Loubère et Raynaud, 2013; Gallagher et Daigle, 2008). De plus, des auteurs traitant spécifiquement des tentatives de suicides chez les moins de 12 ans mettent en lumière que les tentatives de suicide de ces jeunes enfants sont marquées par une plus grande létalité du moyen utilisé que celles commises par les adolescents, alors que leur intention suicidaire serait, inversement, plus basse que celle des adolescents (Berthod, Giraud, Gansel, Fournier et Desombre, 2013; Delamarre, 2013; Stordeur et *al.*, 2015). Le caractère impulsif et réactionnel de leur geste serait aussi plus marqué (Delamarre, 2013). La section qui suit se concentre sur différents éléments permettant de mieux cerner les caractéristiques de la problématique du suicide chez les enfants.

1.4 Facteurs de risque et de protection

Maintenant que nous avons vu des indicateurs qui aident à reconnaître l'existence de la problématique, il convient de s'attarder aux éléments qualitatifs qui la caractérisent. Les écrits concernant les facteurs de risque et de protection spécifiques aux enfants de 12 ans sont peu nombreux. En conséquence, la section qui suit présente des données provenant d'études dont les échantillons peuvent inclure des participants de tranches d'âges variées telles que celles des adolescents ou des adultes. Elles sont intégrées puisque nous

considérons que ces données sont susceptibles d'être éclairantes en ce qui concerne le même phénomène mais chez des enfants plus jeunes.

Les écrits disponibles font état de plusieurs types de facteurs de risques ou de vulnérabilité qu'ils soient individuels, familiaux, communautaires ou environnementaux. Lesage, St-Laurent, Gagné et Légaré (2012), font état des déterminants du suicide selon une perspective de santé publique, soit, par le biais de considérations à la fois génétiques, environnementales (environnement physique et socioculturel), tout en tenant compte des habitudes de vie et des services disponibles. Dans son webinaire sur le suicide chez les enfants, la travailleuse sociale Josée Lake (2013) souligne aussi des facteurs de vulnérabilités individuels à l'enfant, familiaux, reliés aux pairs, à l'école ou à la communauté, des facteurs qui peuvent être prédisposants, contribuant ou précipitants au suicide. L'étude de Ruch et ses collègues (2021) met en lumière que dans la plupart des cas, le suicide des enfants est associé à une accumulation de facteurs de risque et précédés d'un élément précipitant le jour-même, comme une querelle avec un membre de la famille ou une réprimande. Une autre recherche québécoise (Gallagher et Daigle, 2008), fait état de facteurs de risque liés au système familial, à des mécanismes d'adaptation déficitaires, à des troubles de santé mentale et/ou neurologiques, au tempérament de l'enfant (ex : trait impulsif, rigidité, etc.) ainsi qu'à son intégration sociale difficile. Puis, une pédopsychiatre (Delamarre, 2013) fait état de facteurs de risque psychiatriques, biologiques, psychologiques, familiaux ou sociaux.

Facteurs individuels

Une des études qui abordent les facteurs de vulnérabilité liés à la santé mentale des enfants (Bourdet-Loubère et Raynaud, 2013) établit un lien fort entre la dépression et les comportements suicidaires (idéations et/ou tentatives) d'enfants âgés entre 6 et 13 ans. Cette étude transversale quantitative a pour objectif d'examiner les associations entre les tendances suicidaires chez les enfants, la dépression et la qualité de vie perçue. En comparant les résultats obtenus auprès d'un échantillon de 157 enfants, les auteurs trouvent qu'une grande insatisfaction quant à la qualité de vie perçue serait davantage présente chez les enfants suicidaires que chez les non suicidaires, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas présenté

d'idéations suicidaires ou fait de tentatives de suicide. Il est à noter que leur concept de qualité de vie perçue réfère à des aspects comme les humeurs et les émotions, le support des amis et des pairs, la relation avec les parents, la perception de soi et l'autonomie, aspects qui font écho aux facteurs de risque identifiés dans les études mentionnées plus haut (Gallagher et Daigle, 2008). En cohérence avec les travaux précités, Heise, York et Thatcher (2016) identifient le trouble de dépression majeure comme étant un facteur de risque important. Delamarre (2013) identifie d'autres troubles, en plus de la dépression et des troubles de l'humeur (trouble de l'adaptation, trouble anxieux, troubles émotionnels, etc.) De plus, l'exposition à la violence psychologique durant une période prolongée peut consister en un facteur de risque à l'occurrence d'idéations suicidaires chez les jeunes, selon une étude longitudinale (Werkele et Smith, 2019). Le fait d'avoir déjà commis une tentative de suicide ou d'avoir des antécédents d'autres conduites suicidaires peuvent aussi faire partie des facteurs de risque à considérer face à une nouvelle tentative de suicide (Delamarre, 2013). À ce sujet, des études rapportent que jusqu'à 27% des enfants et adolescents âgés entre 10 et 18 ans qui ont présenté une première tentative de suicide en présenteront une deuxième (Hawton *et al.*, 2012; Rosenbaum Asarnow, Berk, Zhang, Wang et Tang, 2017 dans Plemmons *et al.*, 2018). En ce qui concerne d'autres aspects liés à la santé mentale, Rufino et Patriquin (2019) font état de l'anxiété et des troubles du sommeil comme étant des facteurs de risque au suicide chez les enfants et les adolescents. Puis, Berthod et ses collaborateurs (2013), dans leur étude portant sur les tentatives de suicide chez 48 enfants de 6 à 12 ans de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant à Lyon, soulignent que les recherches jusqu'à présent, incluant la leur, n'ont pas démontré de différences significatives entre les filles et les garçons pour les 12 ans et moins. Toutefois, une étude analysant les tendances des suicides chez les enfants de 5 à 11 ans entre 1993 et 2012 aux États-Unis a démontré que les garçons noirs âgés de 5 à 11 ans étaient plus nombreux à se suicider que les filles et les garçons caucasiens du même âge (Bridge *et al.*, 2015).

Sans que nous puissions nous y attarder de façon détaillée dans le cadre de cette recension des écrits, certains groupes de la population générale semblent présenter davantage de risque au suicide. Par exemple, ce serait le cas pour certaines communautés autochtones du Québec, où les jeunes âgés de 10 à 19 ans seraient jusqu'à cinq fois plus à

risque de se suicider que les jeunes de la même tranche d'âge de la population générale (Grandazzi, 2016). Aussi, la question du suicide chez les enfants dans le camp de réfugiés à Moria, en Grèce préoccupait l'organisme Médecins Sans Frontières, qui y a décrit une augmentation inquiétante des comportements suicidaires (idéations et tentatives) et d'automutilation chez des enfants aussi jeunes que 10 ans (Médecins Sans Frontières, 2018). Puis, des auteurs (Medico, Pullen Sansfaçon, Galantino et Zufferey, 2020) mettent en évidence que les comportements suicidaires sont plus élevés chez les jeunes trans que chez les jeunes cisgenres. En Suisse francophone, des chercheurs ont documenté l'expérience de 10 enfants de 8 à 21 ans et de 10 parents, six des enfants ont mentionné avoir des pensées suicidaires et présenter un état dépressif depuis de longs mois, voire des années, et deux ont dit avoir fait des tentatives de suicides vers l'âge de 12 ou 13 ans (Medico et al., 2020). Bref, il ne s'agissait pas ici de les relever de façon exhaustive, mais simplement de mettre en lumière que des indices dans la littérature existante nous laissent croire que certains groupes de population pourraient être plus à risque au suicide, même parmi les jeunes.

Facteurs familiaux

Concernant l'environnement familial, les enfants qui présentent des idéations suicidaires ou qui font des tentatives de suicide ne proviendraient pas tous de milieux familiaux dysfonctionnels, mais, « [...] plus un enfant vit dans un milieu familial perturbé, [...] plus il risque de développer un état suicidaire à un moment de sa vie où il sera vulnérable » (Gallagher et Daigle, 2008, p. 99). À ce sujet, une étude transversale (Deville et al., 2020), type d'étude au cours de laquelle on observe une population donnée dans sa globalité sur une période donnée, incluant un échantillon de 11 814 enfants de 9 à 10 ans et leurs donneurs de soins a permis de relever une association entre les conflits familiaux ainsi qu'un bas niveau de surveillance parentale et les conduites suicidaires chez les enfants. De plus, les enfants placés hors de leur milieu familial en contexte de protection de la jeunesse seraient à plus haut risque de développer des comportements suicidaires que ceux de la population générale (Russel, Trew et Higgins, 2021). Le placement des enfants hors du milieu familial est aussi avancé comme facteur de risque aux tentatives suicidaires chez les enfants selon l'étude de Berthod et ses collaborateurs (2013). La mort d'un parent

est identifiée comme un facteur de risque au suicide chez les enfants (Guldin et *al.*, 2015 dans Sandler, Tein, Wolchik et Ayers, 2016). Skinner et McFaul (2012) avancent aussi des facteurs de risque semblables et précisent qu'ils sont en interactions complexes les uns avec les autres. La présence de tentatives de suicide dans l'histoire familiale, l'exposition aux abus physiques et sexuels dans l'enfance (Cash et Bridge, 2009; Delamarre, 2013) ainsi que l'instabilité résidentielle durant l'enfance sont des facteurs également rapportés comme constituant des facteurs de risque associés à l'environnement familial (Cash et Bridge, 2009). Puis, Rufino et Patriquin (2019) soutiennent également que l'abus sexuel dans l'enfance consiste en un facteur de risque.

Facteurs environnementaux

Enfin, le facteur de risque se rapportant à une intégration sociale difficile en est un qui est particulièrement intéressant dans un contexte où les espaces de socialisation des jeunes d'aujourd'hui ne consistent plus seulement en des lieux physiques (écoles, centre de loisirs, etc.), desquels ils peuvent s'éloigner s'ils y vivent des problématiques. Effectivement, les réseaux sociaux auxquels les jeunes ont, pour une grande majorité accès d'une façon ou d'une autre, permettent un lieu de socialisation virtuel auquel il peut être plus difficile, voire impossible, d'échapper. À ce sujet, une méta-analyse (Mitch van Geel, Vedder et Tanilon, 2014) basée sur 34 articles rapportant une relation entre l'intimidation par les pairs et les idéations ou tentatives suicidaires. Cette analyse met en évidence que, pour plusieurs auteurs, l'intimidation par les pairs de même que la cyberintimidation est un important facteur de risque chez les enfants et adolescents (entre 9 et 21 ans) présentant des idéations suicidaires et des tentatives de suicides. Plus récemment, une étude canadienne effectuée sur un échantillon de 270 enfants de 8 à 18 ans s'étant présentés à l'urgence de deux hôpitaux de Kingston pour des raisons reliées à la santé mentale entre janvier 2011 et janvier 2015, a montré qu'environ 77% de l'échantillon avait vécu de l'intimidation à un moment donné de leur vie et que 68,9% de l'échantillon présentait des idéations suicidaires (Alavi et *al.*, 2017). Les chercheurs mentionnent que pour les enfants ayant été victimes d'intimidation, tous types confondus, il était 19 fois plus probable d'avoir présenté des idéations suicidaires que pour ceux qui n'avaient aucun historique d'intimidation, alors que, plus spécifiquement, pour la cyberintimidation et l'intimidation

verbale, la probabilité était respectivement de 11.5 et 8.4 fois (Alavi et *al.*, 2017). L'intimidation à caractère violent est aussi identifiée par d'autres auteurs comme facteur de risque au suicide chez les enfants et les adolescents (Rufino et Patriquin, 2019). En plus de l'intimidation, les difficultés scolaires ou les événements vécus comme honteux seraient aussi des facteurs de risque (Delamarre, 2013).

En conséquence, il est permis de se demander si des relations sociales positives et une bonne intégration sociale constituent des éléments à mobiliser pour protéger les enfants suicidaires. Cela peut faire écho à la notion de soutien social (Boucher et Laprise, 2014). Cependant, à l'instar de ce que ces auteures mentionnent comme limite, à savoir que « [...] certains liens sociaux obligatoires (parent, époux, travailleur) peuvent aussi occasionner du stress et diminuer la santé mentale » (Boucher et Laprise 2014, p. 139), on peut penser que pour un enfant de 12 ans et moins, certains liens sociaux obligatoires (étudiant, pairs à l'école, loisirs, etc.) peuvent aussi être une source de stress influençant la santé mentale, un des facteurs de risque identifiés aux comportements suicidaires.

Entre le début et la fin de la rédaction de cette revue de littérature survient la pandémie liée à la Covid-19. Rapidement, des préoccupations ont été soulevées parmi la population quant aux effets de la pandémie ou encore des différentes mesures sanitaires mises en place sur la santé mentale des enfants. Il nous apparaît alors comme incontournable d'accorder une place à ce facteur émergent dans cette revue de littérature.

Quelques chercheurs semblent s'être penchés sur l'éventualité d'impacts possibles sur le taux de suicide ou encore sur les idéations et autres comportements suicidaires chez les enfants. À ce sujet, une étude cherchant à comparer les taux de dépistages positifs pour les idéations et tentatives suicidaires chez les 11 à 21 ans dans un département d'urgence pédiatrique du Texas fait état d'une augmentation significative des dépistages positifs concernant les idéations suicidaires pour les mois de mars et juillet 2020 ainsi que d'une augmentation significative également des dépistages positifs de tentatives de suicide pour les mois de février, mars, avril et juillet 2020, comparativement aux mêmes mois de l'année 2019 (Hill *et al.*, 2020). Ces données sont à considérer avec prudence étant donné les

limites de l'étude en question, entre autres, concernant le fait qu'il est impossible d'isoler la pandémie et les mesures d'autres facteurs historiques ayant pu survenir ou encore que les données proviennent d'un seul hôpital et d'une seule méthode de dépistage. Une étude française évaluant les admissions d'enfants de 7 à 17 ans aux unités pédiatrique et d'urgence pédiatrique de l'hôpital Necker-Enfants Malades pour des comportements suicidaires avant, pendant et après le premier confinement en France avance qu'il y a eu une réduction de 50% des admissions durant le confinement (Mourouvaye *et al.*, 2021). Les auteurs mentionnent des hypothèses quant à cette diminution comme le fait que la période du premier confinement en France est aussi marquée par une baisse globale des admissions dans les hôpitaux et des demandes d'aide, le fait que les dynamiques familiales et certains facteurs environnementaux peuvent avoir été modifiées durant le confinement et aussi que certains facteurs de risque généralement associés aux comportements suicidaires chez les jeunes (ex : intimidation à l'école) aient pu être moins présents puisque les écoles et autres activités sociales étaient suspendues. Puis, d'autres études n'ont noté aucun impact significatif de la pandémie sur le taux de suicide des enfants entre 10 et 14 ans en Angleterre (Odd, Williams, Appleby, Gunnell et Luyt, 2021) et des enfants de moins de 20 ans au Japon (Isumi, Doi, Yamaoka, Takahashi et Fujiwara, 2020). L'étude de Odd et ses collaborateurs (2021) fait état cependant de facteurs ayant pu jouer un rôle dans les décès survenus par suicide durant le confinement, soit par exemple la restriction aux activités liées à l'éducation et autres, aux perturbations des services de soin et de soutien, aux tensions à la maison et à l'isolement. L'étude de Isumi et ses collaborateurs (2020) met de l'avant l'hypothèse que le contexte de pandémie puisse avoir eu tant des effets positifs que négatifs sur la situation d'enfants en contexte suicidaire. Par exemple et de façon simplifiée, la fermeture des écoles pourrait avoir eu des impacts positifs sur un enfant vivant de l'intimidation ou bien négatif pour un enfant vivant de la négligence dans son milieu familial.

Puis, dans leur recension systématique ayant pour objectif l'identification de facteurs associés aux pensées suicidaires chez les jeunes à la suite de leur exposition à une catastrophe naturelle, Pouliot et ses collègues (2020) relèvent que les jeunes qui avaient déjà des vulnérabilités avant les catastrophes naturelles sont plus à risque de développer des pensées suicidaires. Malgré des limites importantes à leur recherche, entre autres le fait

que la plupart des études qui ont été recensées manquent de groupes de comparaisons, documentent la réalité chinoise et que les facteurs sociaux soient peu documentés, les auteurs précités avancent que la pandémie liée à la Covid-19 peut être reconnue comme une catastrophe naturelle et que la recension permet d'identifier différents facteurs (individuels, liés à la catastrophe elle-même ou encore sociaux) associés à des pensées suicidaires chez les jeunes qui y ont été exposés, fournissant des pistes de recherche intéressantes. Au Québec, les données provisoires sur lesquelles s'appuie la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 (MSSS, 2022) indiquent qu'il ne semble pas y avoir eu d'augmentation des taux de suicides en lien avec la pandémie, en cohérence avec les autres études mentionnées. Cependant, on y souligne une hausse de la détresse psychologique et des symptômes de troubles mentaux chez certains groupes de la population. Bien évidemment, il semble que des études supplémentaires concernant le sujet soient nécessaires pour évaluer avec davantage de justesse les implications possibles de la pandémie et des mesures sanitaires sur le phénomène du suicide chez les enfants, mais nous pouvons retenir que malgré le fait que les taux de suicides soient demeurés pratiquement inchangés, cela ne semble pas nécessairement être synonyme d'aucun impact sur la santé mentale des enfants et du point de vue d'autres comportements suicidaires.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont peu évoqués dans les articles sélectionnés, et lorsqu'ils sont discutés, ils ne le sont que brièvement et peu d'information est disponible sur leur spécificité par rapport aux jeunes enfants. Par exemple, Kong et Kim (2016) évoquent des facteurs de protection comme l'estime de soi, l'autocontrôle, le respect de la valeur de la vie, les connaissances à propos du suicide, les relations interpersonnelles et les stratégies de résolution de problème. Lake (2013) fournit une liste de facteurs protecteurs pour les enfants, catégorisés encore une fois selon qu'ils sont individuels à l'enfant, familiaux, reliés aux pairs, à l'école ou à la communauté. Quelques exemples donnés de ces facteurs protecteurs sont l'estime de soi, les modèles parentaux équilibrés, les habiletés sociales, l'encouragement à participer à la vie scolaire ou encore la disponibilité des ressources dans la communauté (Lake, 2013). Aussi, Delamarre (2013) expose un tableau listant les facteurs de protection suivant chez l'enfant : confiance en soi, estime de soi,

système familial (cohésion, adaptabilité, communication), capacité d'adaptation et de communication, investissement scolaire et/ou extrascolaire positif, schéma de pensée positif et centré sur l'avenir, soutien familial (capacité d'empathie et de réassurance), relations familiales et amicales positives. En cohérence avec les données précédentes, le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* évoque des facteurs de protection se rapportant également à des stratégies d'adaptation utilisées par les enfants, des relations significatives et protectrices par l'entourage ainsi qu'un milieu de vie « bienveillant et favorable à une santé mentale positive » (MSSS, 2021). D'autres auteurs proposent quant à eux des hypothèses de facteurs protecteurs établis en effectuant une lecture analytique des dossiers médicaux des 48 enfants de leur échantillon de recherche, soit « [...] le soutien d'un adulte bienveillant, une structure familiale stable, un lien rapproché parent-enfant, l'engagement par une implication personnelle dans une activité [...] » (Berthod, et al., 2013, p. 1304). À la lumière des facteurs de risque et de protection cités précédemment, les deux prochaines sections visent à explorer différentes avenues d'intervention et de réponses sociales mises en place autour de ces enfants en contexte de vulnérabilité suicidaire.

1.5 Intervention, traitements et recommandations

Maintenant que les différents facteurs ont été présentés, il apparaît incontournable de s'intéresser aux différentes avenues d'intervention mises en place autour de ces enfants vulnérables. Vandevorde (2015) fait le difficile constat de l'absence de modélisation théorique et de recommandations spécifiques concernant le geste suicidaire pour les enfants de moins de 13 ans. L'auteur suppose toutefois que nous pourrions nous coller aux recommandations généralement faites pour les autres groupes d'âges. Sur le plan clinique, il suggère ainsi de toujours prendre au sérieux les idéations suicidaires, même si leur expression peut parfois relever d'une menace suicidaire, une recommandation également avancée par d'autres auteurs, plus récemment (Ruch et al, 2021). Effectivement, si l'on considère que l'enfant 12 ans et moins peut ne pas avoir une « conception aboutie de la mort » (Vandevorde, 2015, p. 199), on peut penser qu'un trait d'impulsivité pourrait, par exemple, précipiter une tentative de suicide chez un enfant qui ne comprend pas encore tout à fait la notion d'irréversibilité de la mort, même s'il ne s'agissait au début que d'une

menace suicidaire. D'ailleurs, dans le cadre de leur étude portant sur 134 rapports policiers et d'autopsie concernant des enfants de 5 à 11 ans décédés par suicide aux États-Unis, entre 2013 et 2017, Ruch et ses collègues (2021) avancent aussi que les enfants avaient souvent exprimé des idéations suicidaires ou des souhaits d'être morts le jour-même de leur suicide. Vandevorode (2015) discute de quelques autres recommandations cliniques comme la restriction de l'accès au moyen choisi par l'enfant suicidaire ou encore d'être davantage vigilant à l'effet Werther (contamination du désir suicidaire) en raison d'un trait influençable plus présent chez les enfants. Concernant l'importance de la restriction aux moyens, Ruch et ses collègues (2021) discutent aussi du fait que dans leur échantillon de recherche, la seconde méthode utilisée par les enfants s'étant donné la mort est l'arme à feu, laquelle n'était pas rangée de façon sécuritaire, ce dans tous les cas. Enfin, des auteurs mettent en lumière que la prise en charge en milieu hospitalier est plus recommandée lors de crises suicidaires (Delamarre, 2013; Vandevorode, 2015), malgré plusieurs critiques à l'égard de cette méthode (ex : rupture du lien thérapeutique) (Vandevorode, 2015). D'autres auteurs ayant mené une étude rétrospective, descriptive et quantitative portant sur les tentatives de suicide de 48 enfants en France, en sont venus à la conclusion que les enfants ayant commis une tentative de suicide devraient être hospitalisés de façon systématique afin de pouvoir bénéficier d'une évaluation tenant en compte leur état psychologique ainsi que les facteurs socio-environnementaux en présence, en plus de bénéficier par la suite de psychothérapie (Berthod, Giraud, Gansel, Fourneret et Desombre, 2013). À ce sujet, Jobes, Vergara, Lanzillo et Ridge Anderson (2019) soulignent que l'hospitalisation en cas de crise suicidaire chez les jeunes fait l'objet de débat, alors que certains chercheurs ont identifié que la ré-hospitalisation chez un adolescent suicidaire peut contribuer à une plus grande sévérité des idéations suicidaires et peut être un indicateur d'une tentative de suicide future (Czyz, Berona et King, 2016 dans Jobes et al., 2019).

Dans le numéro spécial de la revue *Children's Health Care* portant sur les facteurs de risque et les nouvelles interventions basées sur les preuves en lien avec le suicide chez les enfants et les adolescents, Rufino et Patriquin (2019) font état d'études récentes qui ont déterminé l'efficacité de traitements adaptés aux jeunes. Les traitements présentés par les auteurs proviennent des écrits sur la réduction du suicide chez l'adulte, adaptés aux jeunes.

Les auteurs mettent en lumière, entre autres, des études démontrant que la thérapie comportementale dialectique (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014, 2016) a été efficace chez les jeunes en période de crise suicidaire, mais soulignant l'importance que le renforcement des habiletés acquises à travers la thérapie soit poursuivi sur le long terme. Rufino et Patriquin (2019) font aussi mention d'études qui démontrent que la thérapie cognitive et comportementale pour la prévention du suicide (Alavi, Sharifi, Ghanizadesh et Dehbozorgi, 2013) ainsi que la thérapie basée sur la mentalisation pour les adolescents (Roussouw et Fonagy, 2012, cités dans Rufino et Patriquin, 2019) ont permis une diminution du risque suicidaire au cours du traitement, mais mentionnent qu'il n'y a pas de suivi après la conclusion de celui-ci afin d'évaluer si les acquis sont maintenus. Puis, la revue systématique des écrits portant sur les interventions en prévention du suicide pour les jeunes en contact avec la protection de la jeunesse de Douglas et ses collaborateurs (2021), mentionne deux interventions destinées aux jeunes qui se sont révélées efficaces pour réduire les idéations suicidaires chez les participants adolescents placés, c'est-à-dire la thérapie portant sur l'intelligence émotionnelle (Lizerreti, 2012, dans Douglas, Trew et Higgins, 2021) et la *Multidimensional Treatment Foster Care*, une intervention de type familiale.

Récemment, Drapeau (2019) a publié un article discutant d'une pratique prometteuse en matière d'intervention auprès des enfants et adolescents suicidaires, c'est-à-dire le plan de sécurité. Il s'agit d'une intervention en collaboration avec la personne suicidaire afin d'établir un plan en cas d'avènement d'une crise suicidaire qui a été développé par Barbara Stanley et Gregory K. Brown, tous deux experts en prévention du suicide. Le plan consiste à identifier des signaux d'alerte personnels de crise imminente, des stratégies internes pour y faire face, des distractions sociales, des individus de confiance et des professionnels de la santé/santé mentale pouvant apporter une aide et réduire l'accès aux moyens létaux identifiés (Stanley et Brown, 2012). Ce type d'intervention a montré son efficacité chez les adultes en regard de la réduction des idéations et tentatives suicidaires ainsi que la réduction des journées passées en traitement hospitalier, mais fait l'objet de peu d'études concernant une population cible d'enfants et d'adolescents (Drapeau, 2019). Drapeau (2019) soulève que les études interrogeant la

planification sécuritaire avec les jeunes ont montré des résultats prometteurs, mais que des limites importantes demeurent et que davantage de recherche est nécessaire, entre autres sur le plan de l'adaptation pour les enfants préadolescents. Néanmoins, le plan de sécurité est considéré comme une meilleure pratique (Erbacher et Singer, 2018) auprès des jeunes à risque de suicide.

Sous l'éclairage des données précédentes, on peut constater que les diverses interventions de même que les traitements et recommandations entourant les pratiques en contexte suicidaire auprès d'enfants ne sont pas étrangers au champ d'expertise des travailleuses sociales. La prochaine section explore, de façon non exhaustive, certains documents traitant de la place des travailleuses sociales par rapport à l'évaluation et à l'intervention en matière de suicide.

Le rôle et la formation des travailleuses sociales

Puisque les travailleuses sociales interviennent auprès de populations vivant différents contextes de vulnérabilité et de détresse, elles sont souvent appelées à évaluer des personnes présentant un risque suicidaire. Petrakis et Joubert (2013) discutent d'ailleurs du fait que l'intervention des travailleuses sociales auprès des personnes aux prises avec une problématique suicidaire est peu documentée alors qu'elles sont nombreuses à œuvrer régulièrement auprès de cette population vulnérable dans les services relatifs à la santé mentale. Aussi, des études (Chan, 2018; Mirick, Berkowitz, Bridger et McCauley, 2020) soutiennent qu'il s'agit d'une des tâches d'intervention que les travailleuses sociales doivent accomplir et pour laquelle plusieurs manquent de confiance et de formation (Schmitz *et al.*, 2012). La revue de littérature de Mirick et ses collaborateurs (2020) dans le cadre de leur étude, laquelle porte sur les changements de pratiques d'intervenants en santé mentale après une formation d'un jour sur l'évaluation et l'intervention en matière de suicide, traite entre autres du manque de formation à cet égard dans de nombreux programmes d'études en travail social. Malgré des limites se rapportant à la nature qualitative de la recherche et à sa participation sur une base volontaire et donc intéressée, l'étude en question (Mirick, Berkowitz, Bridger et McCauley, 2020) fournit des résultats qui, quoique non généralisables directement, laissent croire que de la formation

sur l'intervention et l'évaluation en matière de suicide peut augmenter le degré d'aisance et amener des changements positifs (ex : évaluation plus en profondeur des personnes à risque suicidaire) dans la pratique de travailleuses sociales en santé mentale. Quoique peu d'écrits soient disponibles à ce sujet, ceux auxquels nous avons accès laisse croire que les travailleuses sociales sont également appelées à jouer un rôle important auprès des plus jeunes enfants en contexte d'intervention suicidaire.

1.6 Réponses sociales

Dispositif de prévention du suicide

Comme il a été brièvement mentionné plus haut, la problématique du suicide est considérée comme un enjeu de santé publique important au Québec comme dans plusieurs autres pays. Dans le cadre de cette recherche exploratoire, il apparaît donc important de s'attarder à la prévention du suicide au Québec et on ne peut aborder cette question sans parler de la santé publique. En effet, cette dernière a, entre autres, un rôle d'élaboration de stratégies de prévention et de contrôle concernant les problématiques à l'agenda, dont celle du suicide. De façon vulgarisée, un facteur de risque du suicide identifié comme les expériences défavorables dans l'enfance (MacMillan, 2000, cité dans Lesage et *al.*, 2012) peut être considéré lors de l'élaboration de politiques sociales en matière de prévention et de promotion en enfance (ex : congé parental payé pour les pères, garderies à 7 \$).

Les dispositifs gouvernementaux pouvant faire face à la problématique du suicide chez les enfants, telles que la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS), le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (PASM), le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (PAISM), le Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) et la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 ont été consultés. En fait, mis à part le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (MSSS, 2021) qui sera davantage détaillé dans une section ultérieure de la recension portant sur les outils d'évaluation du risque suicidaire, peu de mesures préventives parmi les politiques, plans d'actions ou programmes gouvernementaux étudiés ne visent explicitement et directement les enfants de 12 ans et moins qui présentent des

comportements suicidaires. Cependant, on peut penser que différentes orientations et mesures mises de l'avant peuvent indirectement toucher les enfants suicidaires, notamment le soutien à l'implantation des Centres de pédiatrie sociale en communauté via la PGPS. On peut aussi penser à la mesure 16 du PASM qui concerne, elle, les jeunes en contexte de protection et de réadaptation, et vise à s'assurer « de l'application systématique du protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque de suicide [...] [et à compléter] les équipes de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en prévention du suicide » (MSSS, 2015, p. 38). Puis, pour ce qui est du PNSP, le service 2.6 associé aux visées de l'axe d'intervention 2 du PNSP retient l'attention puisqu'il consiste en un « soutien à la mise en œuvre d'interventions en prévention du suicide » comportant les réseaux de sentinelles dans les milieux de vie, incluant les milieux de travail et la ligne téléphonique (MSSS, 2015, p. 47). De façon concrète, on fait référence aux réseaux de sentinelles qui consistent à former des gens qui œuvrent dans différents milieux de vie (école, garderie, milieux de travail, etc.) à détecter les signes avant-coureurs de détresse suicidaire et à référer aux bons endroits en conséquence. Concernant la ligne téléphonique, on peut penser aux différentes lignes téléphoniques en prévention du suicide, mais également à l'arrivée des interventions par messages textes.

Du côté de la documentation plus récente, on voit que tout un axe de mesures (Axe 4 : Actions destinés aux jeunes, à leur famille, à leurs proches et à leur entourage) du PAISM 2022-2026 est consacré à des actions visant les jeunes, susceptibles d'avoir un effet sur des facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes ou encore sur les services leur étant destinés. Par exemple, l'axe en question inclut des mesures comme la promotion de la santé mentale dans les milieux scolaires en bonifiant l'approche École en Santé déjà en place depuis plusieurs années (MSSS, 2022). Sans les relever de façon exhaustive, d'autres exemples de ces mesures incluent le rehaussement et la consolidation des services des équipes en santé mentale jeunesse pour leur permettre d'adapter leurs services à la réalité des jeunes ou encore de prioriser l'accès aux services de santé mentale et dépendance pour les parents d'enfants qui reçoivent déjà des services dans le réseau public lorsque l'absence de services aux parents est jugée comme limitant la portée des interventions auprès de leurs enfants (MSSS, 2022). Puis, le Gouvernement du Québec réitère sa volonté de prévenir le

suicide avec sa toute nouvelle Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026, laquelle met de l'avant des mesures de prévention universelles visant la population générale, des mesures sélectives qui visent les groupes et communautés avec des besoins spécifiques en regard de la prévention du suicide ainsi que des mesures indiquées. Ces dernières visent les personnes qui présentent des facteurs de risque au suicide ou qui vivent avec des manifestations suicidaires. Encore une fois, sans nous y attarder de façon exhaustive, nous notons que certaines mesures concernent les jeunes, par exemple lorsqu'il est question d'outiller les professionnels, les intervenants et les parents par rapport à la façon dont on peut aborder le sujet avec les jeunes qui ont été exposés à du contenu portant sur le suicide (ex : dans un film fictif, dans les médias, etc.) (MSSS, 2022). On peut aussi penser à des mesures comme la sensibilisation des professionnels et intervenants aux besoins que pourraient avoir les proches qui accompagnent des enfants vivant une problématique suicidaire ou encore l'offre de formation qui soit adaptée aux besoins des groupes spécifiques et aux différents contextes d'intervention (MSSS, 2022). Il est à noter que des mesures particulières de la Stratégie sont destinées à la prise en compte de la spécificité de la réalité des communautés des Premières Nations et des Inuits.

Enfin, il semble aussi important de souligner que le fait que l'état considère le suicide comme une question de santé publique est somme toute encore assez récent, historiquement. C'est-à-dire qu'avant 1972, commettre le suicide était un acte criminel et passible de sanctions sévères comme l'emprisonnement (Spiwak, Elias, Sareen, Chartier et Bolton, 2018). En retraçant l'évolution de la question du suicide dans notre société en passant par l'apport des tribunaux, de la Constitution et de certains groupes intéressés, Spiwak et ses collègues (2018) nous permettent de mieux comprendre qu'il a fallu du temps pour que les politiques sociales s'ajustent à la réalité du suicide en tant que problématique de santé publique. Dans la section qui suit, nous verrons que d'autres dispositifs de réponses sociales peuvent prendre place en matière de prévention du suicide chez les jeunes, et ce en différents endroits du globe.

Des exemples de programmes de prévention du suicide chez les jeunes

Différents programmes de prévention du suicide destinés aux jeunes existent et ce, dans divers pays. D'abord, en Corée du Sud, une recension des écrits à partir d'un corpus de 18 études portant sur des interventions de prévention du suicide en milieu scolaire a montré que de telles interventions avaient des bénéfices en ce qui concerne les facteurs de risque du suicide (réduction de la dépression, agression et idéations suicidaires) et les facteurs de protection (augmentation de l'estime personnelle, confiance en soi, relations sociales et respect de la valeur de la vie) (Kong et Kim, 2016). Les critères de sélection de la recension regroupent des études sur des interventions en prévention du suicide conduites entre 1995 et 2015, implantées dans des écoles auprès d'enfants et d'adolescents sud-coréens âgés entre 8 et 19 ans s'exprimant en coréen ou en anglais et qui rapportent des mesures de pré-test/post-test ou un suivi de contrôle utilisant une méthode qualitative, quantitative ou mixte. Les interventions documentées sont variées selon qu'elles relèvent d'une approche de prévention de type « universelle », « sélective » ou « indiquée », les résultats variant donc en fonction du type d'intervention. Malgré plusieurs limites identifiées par les auteurs (ex : études reposent sur des observations auto-rapportées par les jeunes, une inconsistance entre les différents paramètres des programmes, seulement une étude concerne un programme de sentinelle en milieu scolaire), les auteurs avancent que les interventions de prévention du suicide chez les jeunes en milieu scolaire peuvent être aidantes du point de vue de la surveillance et de la promotion de la santé mentale chez les jeunes (Kong et Kim, 2016).

Aux États-Unis, une étude (Sandler, Tein, Wolchik et Ayers, 2016) porte sur les effets à long terme (6 et 15 ans plus tard) du *Family Bereavement Program*, un programme destiné aux enfants et adolescents en deuil d'un parent et ayant pour cible des facteurs de risque et de protection pour prévenir les problèmes de santé mentale chez les enfants et leurs parents. Quoique le programme en question ne soit pas destiné spécifiquement à la prévention du suicide, cette étude longitudinale, comportant un échantillon de 244 enfants et adolescents âgés entre 8 et 16 ans, présente des effets significatifs du *Family Bereavement Program* en regard de la réduction des idéations et/ou tentatives suicidaires

lors des suivis d'évaluation prévus par l'étude, soit 6 et 15 ans après la participation des enfants et adolescents au programme (Sandler, Tein, Wolchik et Ayers, 2016).

Par ailleurs, des chercheurs (Walrath, Garraza, Reid, Goldston et McKeon, 2015) ont étudié le programme américain *Garrett Lee Smith Memorial Youth Suicide Program (GLS)*, destiné spécifiquement à la prévention du suicide du point de vue de son effet sur le taux de mortalité par suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans. Le cœur de ce programme repose sur la formation de sentinelles (personnes susceptibles d'avoir des contacts fréquents avec des jeunes : enseignants, personnel scolaire, etc.) pour repérer et référer des jeunes à risque de suicide. Il est à noter que l'étude présente un point focal sur la formation de sentinelle, mais le programme GLS ne comprend pas seulement la formation de sentinelles, mais réfère aussi à plusieurs autres interventions pour constituer une approche globale adaptée selon la communauté où il est implanté. L'étude de Walrath et ses collègues (2015) a démontré que les comtés, ou régions, ayant implanté les sessions de formation liées au programme GLS ont montré des taux de suicide chez les 10 à 24 ans significativement plus bas dans l'année suivant l'implantation comparativement aux comtés où les formations n'avaient pas été implantées. Les auteurs concluent en mentionnant que ce type d'approche globale de prévention du suicide chez les jeunes semble susceptible de tracer le chemin vers une baisse du taux de mortalité par suicide, mais que des recherches doivent continuer en ce sens.

À la suite de notre recension, nous n'avons pu identifier qu'un seul programme d'intervention en prévention du suicide s'adressant spécifiquement aux enfants de 12 ans et moins, et qui a fait l'objet d'une évaluation au Québec. Il s'agit du programme Intervention-suicide en milieu scolaire primaire de la Direction de la santé publique (DSP) Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui a été mis en place en collaboration avec les trois commissions scolaires francophones de cette région, ainsi que les cinq Centres de santé et services sociaux (CSSS-mission CLSC), et qui a fait l'objet d'une évaluation en 2008 (Gallagher et Daigle, 2008; Daigle et Gallagher, 2008). Mentionnons brièvement, que les actions préventives effectuées dans le cadre de ce programme novateur, telles que décrites par les auteurs (Gallagher et Daigle, 2008), ont pour but d'outiller les directions d'écoles

et leur personnel, de même que les intervenants psychosociaux, face à la problématique suicidaire vécue par les jeunes du primaire. Des actions de formation, de sensibilisation, d'intervention et de « postvention » font aussi partie du programme (ex : lorsqu'un suicide survient). Puis, le programme a comme populations cibles à la fois les enfants du milieu scolaire primaire qui présentent un risque suicidaire ou ayant vécu un suicide dans leur entourage, de même que les parents d'élèves du primaire.

Quoiqu'il ne vise pas explicitement et directement la prévention du suicide, il est pertinent d'inclure dans cette recension le programme développé et implanté au Québec *Passeport : s'équiper pour la vie*, lequel vise à développer les stratégies d'adaptation chez les jeunes de 3^{ème} année du primaire à la 6^{ème} année du primaire afin de les outiller pour faire face aux défis du quotidien et ceux qui les attendent à l'adolescence et à l'âge adulte. Ce programme est vu comme une suite au programme *Les amis de Zippy* ayant les mêmes objectifs, mais visant les enfants plus jeunes (6-7 ans) (Mishara et Dufour, 2020). À l'aide d'une étude contrôlée randomisée, Mishara et Dufour (2020) ont évalué les effets de ce programme offert en milieu scolaire et comptant plus de 17 sessions de 55 minutes auprès de 1492 enfants de 3^{ème} à 6^{ème} année du primaire. En plus de démontrer que le programme a été grandement apprécié par les enfants, parents et enseignants, l'étude montre des effets positifs même après le suivi un an plus tard concernant la conscience émotionnelle, les stratégies d'adaptation et les habiletés sociales et académiques. Quoique les auteurs recommandent que des études longitudinales soient entreprises afin de déterminer si les effets se maintiennent à plus long terme et si par exemple des effets sont observables concernant l'estime de soi, les troubles de comportement et les comportements suicidaires, ce programme paraît prometteur du point de vue de plusieurs facteurs pouvant protéger face à l'adversité (Mishara et Dufour, 2020).

Puis, une autre intervention peut, à notre sens, témoigner de l'actualisation de la prévention du suicide chez les 12 ans et moins au Québec. Il s'agit de la formation de type « webinaire » qu'offre une travailleuse sociale du Centre intégré de santé et services sociaux de Laval (Lake, 2013), dans laquelle cette dernière fait état des connaissances en matière de suicide chez les enfants en plus d'émettre des recommandations cliniques. Bref,

si les interventions québécoises tout juste décrites peuvent être vues comme traduisant une forme de prévention du suicide sur le terrain, elles témoignent aussi de la rareté des programmes et des outils disponibles en regard de la problématique du suicide spécifique aux enfants de 12 ans et moins.

Les outils d'évaluation du risque suicidaire chez les jeunes

Les outils d'évaluation en matière de prévention du risque suicidaire ne permettent pas de prédire un risque de suicide. Ceux-ci consistent plutôt en une aide à la décision pour les intervenantes et ne remplacent pas leur jugement clinique, mais le soutiennent. Si aucune étude ne démontre la capacité de prédire un acte suicidaire, l'évaluation du risque suicidaire ou du potentiel suicidaire permet tout de même « [...] d'identifier le processus suicidaire [...] de prendre en charge la présence d'une activité suicidaire [...] de déterminer des mesures de prudence [...] » (Vandevoorde, 2014). Cela est également vrai pour les jeunes enfants suicidaires dont il est ici question. À ce sujet, une étude américaine (Heise, York & Thatcher, 2016) avance que les instruments de dépistage du suicide conçus spécifiquement pour les enfants de 5 à 14 ans sont rares. Cette étude a pour objectif d'évaluer cinq outils de dépistage du suicide spécifiquement conçus pour les enfants, et de recommander lesquels sont les plus appropriés pour l'usage des infirmières praticiennes de première ligne. Les chercheurs présentent le *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*, le *Risk for Suicide Questionnaire (RSQ)*, le *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*, le *Treatment Emergent Activation and Suicidality Assessment Profile (TEASAP)* ainsi que le *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* comme étant des outils brefs de dépistage du suicide. Selon les auteurs, ces outils ont fait l'objet d'études sur des enfants âgés entre 7 et 21 ans, lesquelles présentent des qualités, taille et solidité psychométrique qui varient grandement, ce qui pose défi à l'évaluation desdits outils (Heise, York et Thatcher, 2016). Néanmoins, les auteurs recommandent l'utilisation des outils brefs de dépistage du suicide par les infirmières praticiennes de première ligne et autres professionnels en milieu d'urgence médicale, en particulier le *ASQ* et le *C-SSRS*. L'utilisation de l'*ASQ* avec des jeunes (10 à 21 ans) qui reçoivent des traitements médicaux sans être admis dans un hôpital a été validé (Aguinaldo et al., 2021) et l'outil a aussi été validé en langue française dans le cadre d'une étude de validation de la version française

dudit questionnaire (ASQ) auprès d'une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgence pédiatrie, à l'Île de la Réunion par Gokalsing et ses collègues (ONS, 2018; Stoven, 2017). Quant au C-SSRS, il est largement utilisé dans les domaines cliniques et de la recherche depuis plusieurs années et une version en langue française existe. À notre connaissance, bien qu'il ait fait l'objet de différentes études de validation tant en contexte de recherche que clinique auprès de populations psychiatriques (Al-Halabí et al., 2016), il n'a pas été validé en contexte de soins primaires (ou de première ligne) (Peyron et David, 2015).

Dans son article portant sur l'évaluation du potentiel suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans, Vandevoorde (2014) propose une modélisation intégrée qui prend en compte certaines spécificités de la problématique suicidaire vécue par les jeunes, dont entre autres, le fait que les enfants sont plus vulnérables aux erreurs de fonctionnement cognitif. L'auteur propose deux grilles d'évaluation comprenant des éléments cliniques susceptibles de soutenir une intervention en matière de prévention ou de « postvention » suicidaire.

Plus près de nous au Québec, il existe une grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez les personnes âgées de 14 ans et plus et développée par Lane et ses collaborateurs (2010). En ce qui concerne les enfants de 6 à 12 ans, Lake (2013), propose, entre autres, des exemples de questions à aborder ainsi que des orientations d'interventions spécifiques au processus suicidaire chez l'enfant et à l'intervention auprès des enfants suicidaires. Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a récemment mis en ligne le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (MSSS, 2021), lequel vise à offrir aux intervenants des balises et des stratégies concrètes en proposant, entre autres, un processus clinique en cinq étapes, de nombreux exemples de formulations de questions à poser aux enfants et à leur entourage dans le cadre d'une évaluation et/ou intervention. Sans être un outil d'intervention ou d'évaluation qui soit standardisé, ce guide a été créé par l'équipe des projets nationaux en transfert des connaissances de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en collaboration avec des experts du domaine de la prévention du suicide et de l'enfance, à travers l'analyse de la documentation scientifique, de la documentation grise et de rapports de coroners, de

la consultation par des groupes de discussion, de la consultation d'experts et de la validation auprès d'un groupe d'experts et de milieux cliniques.

En somme, à notre connaissance, il existe peu d'outils d'évaluation du risque suicidaire destiné spécifiquement aux enfants âgés de 6 à 12 ans. Les écrits sur le sujet font état de défis liés à l'évaluation du risque suicidaire chez les enfants. D'une part, Vandevorde (2014) souligne certaines particularités chez les enfants, dont une conception de la mort qui n'est pas nécessairement complètement comprise et la plus grande rapidité à laquelle peut se dérouler le processus suicidaire (par rapport à l'adulte). Une auteure (Delamarre, 2013) précise d'ailleurs que, chez l'enfant, le concept de mort est généralement acquis vers l'âge de 9 ans et que celui de pouvoir se donner la mort soi-même est acquis à « un stade ultime ». Elle souligne que ces acquisitions conceptuelles dépendent davantage du développement cognitif et affectif que de l'âge chronologique de l'enfant, et ce par trois sources possibles, soit par « les discussions avec les enfants plus âgés, par les adultes ou la télévision, et enfin par l'acte suicidaire d'un membre de l'entourage » (Delamarre, 2013). D'autre part, Horowitz et ses collègues (2012) mentionnent les contraintes de temps, le manque de formation adéquate et d'outils d'évaluation appropriés comme étant des défis qui font obstacle à l'évaluation du risque suicidaire par des cliniciens d'urgence pédiatrique. Au sujet des jeunes enfants et de la question suicidaire, Delamarre (2013) écrit que « la reconnaissance de l'intentionnalité de l'acte de la part de l'entourage familial et/ou des professionnels se confronte encore parfois à une idéalisation de l'enfance ». Cela fournit également un éclairage concernant le fait que la question du suicide puisse encore être un tabou, lequel pourrait ne pas être complètement étranger aux défis pour la recherche.

1.7 Défis liés à la recherche

Comme déjà mentionné, les écrits portant sur le suicide chez les enfants de 12 ans et moins sont peu nombreux, ce qui peut constituer une limite en soi. Autrement, les études disponibles présentent des limites importantes, comme la variation des tranches d'âge des échantillons, ce qui peut rendre invisible les très jeunes enfants, lorsqu'ils ne sont pas complètement exclus des études. À ce sujet, Vandevorde (2015) mentionne qu'il n'existe

pas d'étude faisant réellement la distinction des classes d'âge et que pourtant, les enfants et les adolescents ne présentent pas les mêmes caractéristiques psychologiques. Berthod et ses collaborateurs (2013) soulignent également que des études subséquentes devraient se concentrer sur les enfants sous la tranche d'âge de moins de 11 ans, compte tenu du fait que les 12-13 ans ressemblent davantage aux adolescents du point de vue des caractéristiques de leurs tentatives de suicide. Une seconde préoccupation est liée au fait que le phénomène serait possiblement sous-estimé en raison de la difficulté de déterminer si la mort d'un enfant relève effectivement d'un suicide alors que certains suicides pourraient être interprétés comme des accidents ou encore en raison de la difficulté à déterminer s'il y avait intention suicidaire dans un acte (Delamarre, 2013). D'ailleurs, Berthod et ses collaborateurs (2013) avancent que les études à ce sujet se font plutôt rares et que le nombre de cas recensés dans leur étude a probablement été sous-estimé en raison du fait que seuls les enfants admis dans le seul service de pédopsychiatrie ont été inclus, alors que d'autres services accueillent aussi des enfants ayant fait des tentatives. Ces mêmes auteurs mentionnent aussi que des études longitudinales permettraient de documenter l'évolution des enfants et de la mettre en rapport avec leur évaluation initiale et les mesures médico-sociales mises en place (Berthod et al., 2013). Mitch van Geel et ses collègues (2014) soulèvent le fait que peu d'études longitudinales en lien avec la relation entre l'intimidation et le suicide n'ont été réalisées. Covert et Fraire (2019, cités dans Rufino et Patriquin, 2019) relèvent un manque de recherches portant sur la relation entre l'anxiété sociale et le suicide chez les jeunes. Enfin, des enjeux éthiques importants pèsent sur le développement des connaissances auprès des enfants avec idéations et/ou conduites suicidaires (EICS), population extrêmement vulnérable. Pour éviter cet obstacle, des auteurs interrogent des enfants de la population générale concernant le suicide (Mishara, 1999) ou encore des professionnels œuvrant auprès des populations jugées à risque (Horowitz et al., 2012). Il est alors très difficile d'avoir accès directement aux EICS et à leur expérience.

2. PROBLÉMATISATION

La recherche démontre que le suicide chez les enfants de moins de 12 ans est un phénomène bien réel (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013; Burstein et *al.*, 2019 ; Gallagher & Daigle, 2008; Horowitz et *al.*, 2012; Vandevoorde, 2014,) et qu'il pourrait comporter des spécificités. Quoique le phénomène du suicide complété soit encore rare, des données indiquent qu'il est présent tant ailleurs dans le monde qu'au Québec et comme la recension des écrits précédente le soulève, les idéations suicidaires et autres comportements suicidaires seraient non seulement présents chez les enfants, mais en augmentation. Il est pertinent de rappeler qu'une étude récente réalisée aux États-Unis fait état d'une augmentation marquée du nombre d'enfants âgés entre 5 et 18 ans ayant visité l'urgence d'hôpitaux concernant des idéations suicidaires ou des tentatives de suicide, entre 2007 et 2015 et que les enfants de 5 à 11 ans représentent 43,1 % de ces visites à l'urgence (Burstein et *al.*, 2019).

En matière d'évaluation et d'intervention en contexte suicidaire, les études laissent croire qu'il n'existe pas d'outil validé et spécifique aux enfants de 12 ans et moins. Au Québec, même l'outil largement utilisé dans le réseau public des services de santé et des services sociaux, la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Lane et *al.*, 2010), n'est pas scientifiquement validé auprès d'aucune population. De plus, celui-ci n'est pas adapté ou suggéré pour les moins de 14 ans puisqu'il n'inclut aucune recommandation issue de la recherche récente concernant les spécificités de la problématique chez les 12 ans et moins.

En ce qui a trait à la prévention du suicide, la situation des EICS de 12 ans et moins semblent échapper aux dispositifs gouvernementaux. En fait, aucune mesure préventive parmi les politiques, plans d'actions ou programmes gouvernementaux consultés ne vise explicitement et directement les enfants en contextes suicidaires de 12 ans et moins. En outre, l'article de Lesage et ses collègues (2012) conclut en mettant de l'avant la nécessité de maintenir une perception d'urgence sociale concernant la problématique du suicide, ce qui contribuerait à la réussite des stratégies en prévention du suicide (politiques,

programmes, etc.). Or, ces stratégies peuvent exercer une influence réelle sur le terrain, entre autres pour les intervenants. Cela met en lumière l'importance de considérer la prévention du suicide à long terme : « [...] on ne peut agir en prévention sociale à court terme, et c'est là une des difficultés éprouvées par les intervenants qui essayent de convaincre les établissements de services sociaux et les organismes subventionnaires soutenant les groupes communautaires de la validité des pratiques préventives » (Fréchette & Baril, 1996, p. 28). D'ailleurs, Bourque (2013) discute du manque de politiques qui soient réellement préventives comme étant une question toujours d'actualité. En conséquence, davantage de recherche pour développer les connaissances, entre autres, sur les pratiques ayant cours auprès des EICS sont susceptibles de contribuer à l'élaboration de politiques, plans ou programmes gouvernementaux s'adressant à cette population spécifique.

Jusqu'à maintenant, la communauté scientifique s'entend sur le fait qu'encore trop peu de recherches sont réalisées sur le phénomène du suicide chez les 12 ans et moins pour diverses raisons telles que la rareté de la littérature sur le sujet (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013; Gallagher & Daigle, 2008; Vandevoorde, 2015) ou encore en lien avec la petitesse des échantillons (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013; Stordeur et *al.*, 2015). De plus, les travaux spécifiques au suicide chez les jeunes enfants entrepris à ce jour relèvent en grande majorité des communautés scientifiques médicale, psychologique, infirmière ou encore d'instances gouvernementales. Très peu de données sont issues de recherches spécifiques au travail social, selon ce que nous avons pu constater par le biais de notre recension des écrits. Or, les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux sont d'importants acteurs en ce qui a trait à cette problématique puisqu'ils se retrouvent généralement dans les équipes de crises et de première ligne des services en jeunesse, institutionnels ou communautaires.

En conséquence, il semble qu'un vide important existe non seulement concernant le développement des connaissances, mais surtout en ce qui a trait à l'évaluation des EICS et l'intervention auprès de ceux-ci. Cependant, des pratiques spécifiques à cette population semblent émerger sur le terrain en travail social, mettant en lumière la nécessité qu'on s'y

intéresse dans le but éventuel de contribuer au développement d'outils adaptés et de cerner les meilleures pratiques à mettre de l'avant.

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Considérant les éléments qui émergent de la problématisation précédente, la question de recherche mise de l'avant dans le cadre de ce mémoire est : Quelles sont les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire? Afin d'y répondre, l'objectif général est de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention en contexte suicidaire auprès des enfants de 12 ans et moins. Cette recherche a également cinq objectifs spécifiques soit : 1) de documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales, 2) de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, 3) de documenter le continuum de services offerts à ces enfants, 4) d'identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) de documenter les besoins de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès de ces enfants.

4. CADRE THÉORIQUE

Si la recension des écrits a permis, entre autres, de relever qu'il est possible d'examiner la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins, les interventions et les réponses sociales à de multiples niveaux interagissant ensemble, le choix du modèle écologique élaboré par Bronfenbrenner (1979, 1986) apparaît alors des plus pertinents pour faire l'analyse des données obtenues dans le cadre des entretiens. Issue du domaine de la psychologie du développement, cette théorie a ouvert la voie à une nouvelle compréhension du développement de l'individu, évoluant dans le temps et mise en rapport avec une vision toute aussi neuve, à l'époque, de l'environnement ou plus précisément, des environnements (Bronfenbrenner, 1979). Les prochains paragraphes

décrivent brièvement les grandes lignes du modèle, son utilisation dans différents domaines ainsi que la façon dont nous en faisons usage dans le cadre du présent mémoire.

Ce modèle met de l'avant les interactions qui existent entre l'individu et ses environnements, direct et plus éloignés. Bronfenbrenner (1979, 1986) différencie les types d'environnements pour articuler son modèle. D'abord, l'*ontosystème* constitue les caractéristiques personnelles de l'individu, par exemple son âge, son genre, son histoire, ses croyances, etc. Le *microsystème* concerne les milieux ou les personnes avec lesquels la personne est en interaction directe, tels que ses parents, ses amis, son école, son milieu de travail, etc. Le *mésosystème* réfère quant à lui aux interactions et interrelations ayant cours entre les différents microsystèmes de l'individu. Ensuite, l'*exosystème* concerne des milieux ou des contextes qui peuvent influencer le développement de la personne, mais avec lesquels elle n'a pas forcément d'interactions directes. Par exemple, on peut penser au voisinage, à l'organisation du système scolaire ou encore aux médias. Un autre environnement dans lequel l'individu évolue mais qui n'agit pas directement sur lui est décrit par Bronfenbrenner (1979), soit le *macrosystème*. Celui-ci renvoie davantage au contexte plus large d'une société donnée, par exemple, ses valeurs sociétales, ses idéologies, ses normes, ses politiques, etc. Enfin, le *chronosystème* est composé des différentes temporalités marquant la vie de l'individu comme une période historique, un moment de transition ou encore un évènement donné.

Depuis son développement, le modèle écologique a été utilisé à maintes reprises, tant dans les milieux de pratiques que dans le milieu de la recherche (Absil, Vandoorne & Demarteau, 2012; Bouchard, 1987; Caublot, Poli & Arnouil Deu, 2014). D'ailleurs, les théories de systèmes, dont les perspectives écosystémiques, peuvent être considérés comme faisant partie des piliers du développement des connaissances dans le domaine du travail social (Healy, 2014). Dans un article de référence en psychologie communautaire Bouchard (1987) documente les risques et opportunités, vécus par les travailleuses sociales auprès des enfants négligés, lesquels sont compris dans les différents niveaux d'analyse écologique (ontosystémique, microsystémique, etc.) Cette étude fait ressortir la pertinence du modèle pour analyser les enjeux relatifs à une pratique en travail social auprès de l'enfant et sa famille. Caublot et ses collègues (2014) traitent aussi de l'utilité du modèle

écologique pour le domaine de la recherche en sciences humaines et sociales, en ce sens qu'il permet de saisir les mécanismes selon lesquels certains facteurs influencent le vécu des différents acteurs étudiés. Puis, des auteurs avancent que ce modèle permettrait tant l'élaboration de programmes ou de pratiques que de soutenir l'étude de phénomènes s'articulant en « contextes naturels » relatifs, entre autres, à la santé publique (Absil, Vandoorne & Demarteau, 2012). En bref, ces différents écrits soutiennent la pertinence d'utiliser le modèle écologique face à la problématique élaborée pour le présent mémoire.

Plus concrètement, dans le cadre de la présente recherche, ce modèle a le potentiel de fournir une lunette d'analyse permettant d'explorer les différentes sphères de la problématique en question, en considérant sa complexité et sa dynamique. De plus, le modèle de Bronfenbrenner (1979, 1986) nous permettra un éclairage sur les interactions et interrelations entre les différents niveaux d'analyse. Dans un premier temps, il convient d'articuler concrètement, mais de façon non exhaustive ici, les différents environnements de la travailleuse sociale œuvrant auprès de l'enfant en contexte suicidaire selon le modèle écologique (Schéma 1)

Les travailleuses sociales au centre du modèle

Ainsi, à l'aide du concept d'*ontosystème*, il sera possible d'explorer des aspects relatifs aux caractéristiques personnelles des participantes, comme le degré d'aise par rapport à l'intervention en contexte suicidaire, leurs expériences personnelles et/ou professionnelles ou encore leurs croyances par rapport au suicide chez l'enfant comme autant d'éléments interreliés avec leurs pratiques d'intervention.

Les travailleuses sociales en interactions et en interrelations avec plusieurs systèmes

Au niveau des *microsystèmes*, il est possible de penser que les participantes à la recherche sont en contact direct avec divers systèmes comme celui de l'enfant en contexte suicidaire ou encore celui constitué par le milieu de travail. En effet, les travailleuses sociales et autres professionnelles occupant les mêmes postes ont à intervenir directement auprès des enfants et ont à considérer le caractère multifactoriel en présence, comme nous l'avons vu, dans les contextes suicidaires. On peut aussi penser aux relations partenariales

qu'elles doivent établir dans le cadre de leurs pratiques, que ce soit au sein même de leur organisation ou avec des organismes externes.

La notion de *mésosystème* est intéressante en ce sens qu'elle permettra d'illustrer les interactions et les interrelations qui ont cours entre les différents systèmes fréquentés par les travailleuses sociales. À titre d'exemple, on peut penser à la façon dont le milieu de travail peut influencer les pratiques des participantes, en les facilitant ou encore en y faisant obstacle. Inversement, on peut aussi s'imaginer que des pratiques d'intervention naissantes pourraient influencer d'autres systèmes, comme celui des relations partenariales créées dans le cadre de celles-ci. Il va sans dire également que des liens existent entre les travailleuses sociales et l'enfant en contexte suicidaire et qu'il est fort probable que ces derniers, ainsi que les pratiques qui ont cours, s'influencent mutuellement.

Dans le cadre de la présente recherche, parmi les éléments qui constituent l'*exosystème*, on peut rapidement énumérer différentes instances impliquées dans la question du suicide chez les enfants, lesquelles ne sont pas fréquentées directement par les travailleuses sociales rencontrées, mais qui exercent certainement une influence sur celles-ci et leurs pratiques. Le MSSS, le MELS, l'INSPQ ou encore l'OTSTCFQ pour certaines et l'OPCQ pour d'autres. D'ailleurs, on parlera ici de l'organisation des services en lien avec la problématique ainsi que des lois qui y sont pertinentes (ex : LPJ, LSSS), en passant par la disponibilité des soins, leur qualité, etc. Aussi, il importe de ne pas oublier l'organisation du système scolaire et les médias.

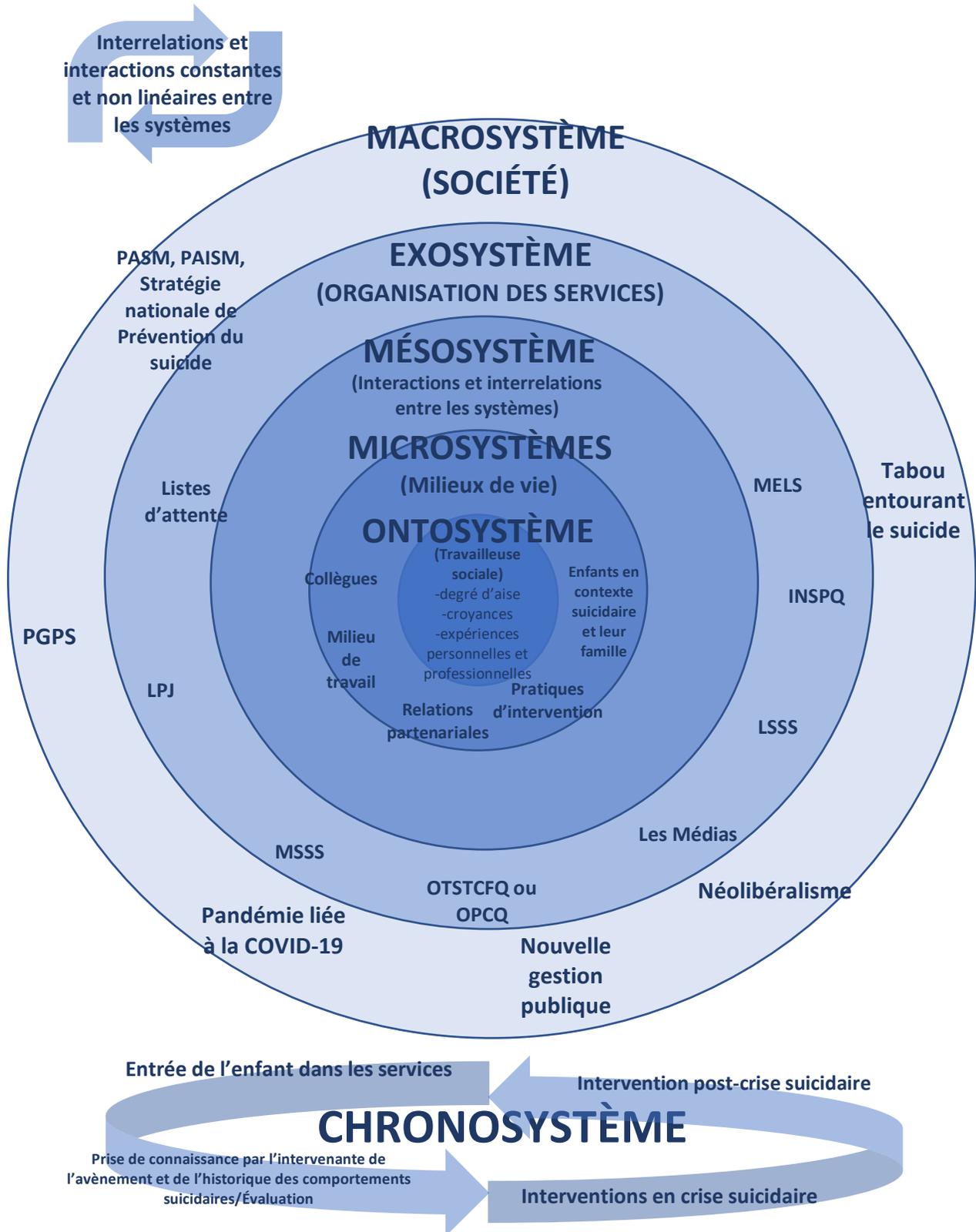
Quant à lui, le *macrosystème* regroupera ici les politiques et dispositifs gouvernementaux mis de l'avant pour prévenir le suicide et les valeurs promues dans notre société. À cet égard, nous n'avons d'autre choix que de nommer le tabou qui semble s'être construit autour de la question du suicide et plus spécifiquement du suicide chez les enfants. Également, comme nous le savons, le contexte de pandémie ne pourra bien sûr pas être évacué de notre analyse des résultats de recherche, considérant que les entretiens ont tous eu lieu durant cette période. Puis, il importe aussi d'examiner les pratiques des travailleuses

sociales sous l'angle de la nouvelle gestion publique, dont les effets ne s'étendent pas seulement en milieu institutionnel.

En ce qui nous concerne, le sixième système, appelé *chronosystème*, s'attardera lui à la période allant de l'entrée de l'enfant dans les services sociaux et de santé à la prise de connaissance par l'intervenante quant à l'avènement et à l'historique des comportements suicidaires chez l'enfant, à l'évaluation qu'elle en fait et à l'intervention en crise suicidaire et en post-crise suicidaire. Il importe de préciser que les éléments du *chronosystème*, tout comme pour les autres systèmes, peuvent revêtir un caractère non linéaire et dynamique.

Concernant les pratiques des travailleuses sociales auprès des enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire, il sera intéressant d'articuler les différents systèmes en présence, de sorte à mettre en exergue les lieux et interactions ciblés par les pratiques d'interventions de même que les environnements qui contribuent à y faire obstacle, à les faciliter ou qui ont simplement un effet sur elles. De plus, Saïas (2009) soutient que les psychologues sociaux et les psychologues communautaires se réfèrent encore au modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 1986) et on peut ajouter que cela semble aussi être le cas des travailleurs sociaux sur le terrain. En bref, le modèle de Bronfenbrenner apparaît comme étant adéquat pour analyser les données de façon à répondre aux objectifs de recherche avec une couleur spécifique au travail social.

Schéma 1. L'approche écologique pour comprendre les pratiques de travailleuses sociales auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire



4.1 Cadre conceptuel

Comme nous l'avons vu dans la recension des écrits, plusieurs définitions en lien avec le suicide sont utilisées par les différents auteurs. De plus, les participantes avec lesquelles nous nous sommes entretenues pour la recherche ont, elles-aussi, utilisé des termes en lien avec le phénomène, lesquels diffèrent parfois de ceux retrouvés dans les écrits. Il nous apparaît donc pertinent de préciser les choix conceptuels retenus dans le cadre du présent mémoire, dans une tentative de rendre notre propos clair et d'à la fois rester le plus près du sens du discours des participantes.

D'abord, le concept de « *comportements suicidaires* » tel que décrit par l'OMS (2014) sera employé pour désigner l'ensemble des comportements allant de l'idéation suicidaire à la tentative et à l'acte de suicide. Les termes de « *suicide* » et « *tentative de suicide* » seront également mis de l'avant tels que définis par l'OMS (2014). De plus, le terme « *idéation suicidaire* » sera utilisé pour se référer aux pensées qu'un enfant entretient de se blesser ou de se tuer lui-même, tels que décrits par Mitch van Geel et ses collègues (2014) comme un élément précurseur au suicide. Aussi, la « *communication suicidaire* » (Cash & Bridge, 2009; Alavi et al., 2017) ou encore la « *menace suicidaire* » (Alavi et al., 2017) seront des termes utilisés pour désigner, respectivement, l'expression directe ou indirecte de l'idéation suicidaire et l'utilisation de ladite communication dans le but d'arriver à l'objet de convoitise. Il est à noter que dans les sections portant sur la présentation des résultats et la discussion, le terme « *verbalisation suicidaire* » sera utilisé de façon interchangeable avec le terme « *communication suicidaire* » afin de rester fidèle aux discours des participantes. Puis, le terme de « *risque suicidaire* » désigne, selon Vandevoorde (2014), le pronostic d'un passage à l'acte sur deux ans. Dans le cadre de ce projet, ce terme sera utilisé pour désigner tout risque qu'un enfant commette l'acte de suicide, qu'il soit plus ou moins imminent. Enfin, le terme « *enfant(s) avec idéations et/ou conduites suicidaires* » (EICS), s'inspirant du discours des participantes et de la recension des écrits, a été employé dans la section présentant les résultats de recherche afin d'alléger le texte.

Pour terminer, le choix de ces termes est motivé par l'expérience de la réalité du travail terrain de l'étudiante chercheuse. En effet, puisque ce sont généralement ces termes qui sont utilisés en intervention, il semble important de veiller à mettre de l'avant un langage qui soit commun avec celui des actrices qui ont été rencontrées.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Devis méthodologique

Cette recherche est de type exploratoire, de nature qualitative et inductive. Elle vise donc à décrire un phénomène peu exploré plutôt qu'à traiter de sa fréquence (Anadón et Guillemette, 2007) et ce, à travers le regard d'acteurs sociaux concernés. Selon Turcotte et ses collègues (2009), l'utilisation d'une méthode de recherche qualitative donne matière à rendre compte de toute la complexité d'un phénomène, permettant ainsi d'établir un pont entre le milieu de la recherche et celui de la pratique. Les prochaines sections détaillent les différents aspects relatifs à la méthodologie de recherche préconisée pour la réalisation de ce mémoire. Toutefois, comme il sera exposé, certains éléments ont posé défi et nous ont amenée à ajuster le tir, toujours avec la validation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

Population à l'étude et critères d'inclusion

Dans le cadre de la présente recherche, les travailleuses sociales qui œuvrent auprès de jeunes enfants en contexte suicidaire étaient ciblées à titre de population à l'étude. Afin de s'assurer que les personnes recrutées avaient une expérience vécue réelle par rapport au phénomène du suicide chez les enfants de 12 ans et moins, certains critères de sélection ont été élaborés. Les travailleuses sociales devaient compter au minimum deux années d'expérience de travail auprès d'une population jeunesse de 12 ans et moins. Elles devaient en outre avoir complété des études de baccalauréat en travail social ou en service social et s'exprimer en langues française ou anglaise. Puis, les travailleuses sociales devaient travailler dans la région du grand Montréal et/ou des Laurentides, pour répondre à un enjeu de faisabilité. L'échantillonnage pour la recherche était intentionnel et non-probabiliste (Pires, 1997). Plus concrètement, huit à douze travailleuses sociales volontaires étaient recherchées, toujours considérant les enjeux de faisabilité liées à la recherche dans le cadre d'une maîtrise avec rédaction d'un mémoire. Le recrutement a été complexifié et retardé à cause de la pandémie. Nous avons rencontré des défis, notamment pour rejoindre les travailleuses sociales participantes potentielles, sans doute en raison de ce contexte très particulier (épuisement, moins de disponibilité, période d'adaptation pour tous, etc.) Après

avoir fait quelques entretiens, nous avons réalisé que des intervenantes sociales issues d'autres formations initiales que le travail social ou le service social occupaient souvent les mêmes postes de travail et effectuaient sensiblement les mêmes fonctions, en ce qui a trait du moins à l'intervention auprès d'enfants en contexte suicidaire. Nous avons aussi déterminé au terme d'une réflexion qu'il pouvait être intéressant de documenter la situation auprès de participantes qui sont nouvellement travailleuses sociales afin d'avoir accès à la perception d'une personne qui commence tout juste sa carrière et qui doit faire face à l'intervention auprès d'EICS. Puis, nous avons aussi jugé pertinent d'obtenir le point de vue de participantes qui avaient des rôles qui pouvaient différer, comme de la coordination ou autre. Nous avons donc élargi les critères de sélection afin de susciter une plus grande participation comme suit :

- Avoir complété des études de baccalauréat en travail social ou service social ou occuper un poste aux fonctions identiques à celles d'un travailleur social (ex : Agent de relations humaines pour la DPJ)
- Travailler auprès d'une population jeunesse de 12 ans et moins
- Avoir une expérience de travail auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire.
- Travailler dans la région du grand Montréal et/ou des Laurentides
- Comprendre et s'exprimer en français ou en anglais

Stratégies de recrutement

Le recrutement s'est effectué avec l'aide de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. La personne contact devait transmettre un courriel explicatif que nous avons préparé et l'accompagner d'un dépliant explicatif de présentation du projet (Annexe 4) à l'ensemble de son réseau de courrier électronique (Annexe 1, Annexe 2). Aussi, le dépliant explicatif a été envoyé à travers le réseau de courriels des étudiants à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec en Outaouais à deux reprises à environ six mois d'intervalle entre le mois de février 2021 et le mois de février 2022 (Annexe 3). Ce message de recrutement comprenait une explication brève de la recherche et de ses objectifs, un aperçu du déroulement prévu des entretiens ainsi que les informations nécessaires à la prise de rendez-vous avec l'étudiante chercheuse.

Aussi, la stratégie de bouche-à-oreille ou la méthode boule-de-neige, telle que décrite par Beaud (2009) (Annexe 5), a été utilisée à deux reprises avec des participantes qui ont mentionné connaître des collègues qui pourraient être intéressées.

En tout, sept participantes ont participé à l'étude. De façon plus détaillée, trois participantes ont été recrutées grâce au courrier électronique envoyé via les réseaux de l'OTSTCFQ et des étudiants à la maîtrise en travail social de l'UQO, quatre autres ont été recrutées grâce à la stratégie de bouche-à-oreille ou à la méthode boule-de-neige. Le recrutement s'est déroulé entre février 2021 et février 2022.

Pour ce qui est des participantes qui ont fait part de leur intérêt à participer à la recherche par courrier électronique, l'étudiante chercheuse a validé avec elles qu'elles répondaient bien aux critères de sélection et a ensuite convenu d'un moment propice pour réaliser l'entretien, dans un endroit permettant la confidentialité, que ce soit via une rencontre sur la plateforme ZOOM ou dans un bureau fermé sur leur lieu de travail. Des participantes ont été rencontrées informellement en personne par l'étudiante chercheuse, après que d'autres participantes nous les ont eu référées. Dans ce cas, l'étudiante chercheuse et les participantes ont eu un échange verbal permettant de valider que ces dernières répondaient aux critères et de convenir d'un moment et d'un lieu pour réaliser l'entretien. Avant chaque entretien, l'étudiante chercheuse a fait parvenir à la participante concernée un formulaire de consentement à la participation à la recherche (Annexe 6) par courrier électronique.

Procédure de l'entretien

Pour deux des participantes, les entretiens se sont déroulés dans leur milieu de travail, dans des locaux fermés permettant la confidentialité. Les cinq autres entretiens se sont déroulés pour certaines par le biais de la plateforme Zoom puisque celle-ci s'y prêtait mieux compte tenu des mesures sanitaires du moment et pour des raisons personnelles pour d'autres. Au début de chaque entretien, et après avoir accueilli la participante en conversant de façon informelle, l'étudiante chercheuse a relu les grandes lignes du formulaire de consentement afin de valider le consentement éclairé des participantes et du même coup

rappeler les objectifs de recherche. Aussi, au début des entretiens, l'étudiante chercheuse a offert aux participantes de prendre une pause à n'importe quel moment durant la rencontre, ce que certaines ont choisi de faire. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et trente-cinq minutes.

Outils de cueillette de données

L'outil de collecte de données principal a été l'entretien semi-dirigé. Cet outil a été choisi puisqu'il permet, entre autres, d'explorer en profondeur l'expérience et le point de vue de la personne rencontrée (Gauthier et Bourgeois, 2016). À cette fin, une grille d'entretien comportant plusieurs thèmes en lien avec les pratiques des travailleuses sociales a été élaborée (Annexe 7). La grille d'entretien était mixte (Savoie-Zajc, 2009), c'est-à-dire que les thèmes abordés étaient à la fois déterminés par ceux repérés dans la recension des écrits ainsi qu'à partir des données émergentes de la collecte de données, s'inspirant de la méthode décrite par Rondeau et Paillé (2016) et s'inscrivant ainsi dans un processus d'analyse itératif. Plus spécifiquement les entrevues ont permis d'aborder avec les participantes: leur perception de la problématique vécue chez l'enfant, la présence de protocoles d'intervention, les outils utilisés, le contexte de leurs interventions, les enjeux et les obstacles, les facteurs de risque et/ou de protection identifiés. Puis, un questionnaire permettant de recueillir les données sociodémographiques a été utilisé et incorporé dans la grille d'entretien afin de caractériser l'échantillon.

En outre, un journal de pratique de recherche (Baribeau, 2005) était prévu comme outil indispensable afin d'une part, nous assurer de conserver des traces de la méthode de recherche réellement utilisée ainsi que de permettre de réajuster le tir au fil des entrevues, selon les données émergentes. Selon Baribeau (2005), la tenue d'un tel journal implique la prise en note tant du déroulement chronologique de la recherche, des descriptions, des analyses, des réflexions, des décisions que des émotions, réactions et questions engendrées chez la chercheuse. Le journal de pratique permettrait aussi de contribuer à la validité interne et externe de la recherche en mettant en lumière les liens entre les données et les analyses ainsi qu'en étant garant des traces des subjectivités de la chercheuse (Baribeau, 2005). De façon concrète, ce journal de pratique de recherche a été tenue de façon plutôt

informelle et sur différents médias (prises de notes non nominatives dans le téléphone cellulaire de l'étudiante chercheuse, dans des documents Word datés, dans un cahier, etc.), organisés de sorte que l'étudiante chercheuse puisse retrouver facilement les éléments recherchés. À titre informatif et non exhaustif, ces notes contiennent des réflexions portant tantôt sur le ressenti de l'étudiante durant un entretien, tantôt sur des réflexions sur des données émergentes ou des pistes d'analyse ou encore sur la méthodologie employée.

Stratégie d'analyse des données

Afin d'analyser le contenu des entretiens effectués, la méthode d'analyse inductive générale telle que présentée par Blais et Martineau (2006) a été privilégiée. Les auteurs la définissent comme « [...] un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter les données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche » (Blais et Martineau, 2006, p. 3). Puisque ce type d'analyse des données est considéré par les auteurs comme étant particulièrement approprié dans le cadre de recherches qualitatives exploratoires, il nous a semblé tout indiqué pour répondre aux objectifs de la présente recherche. Il s'agit d'une méthode d'analyse qui met l'accent sur la réduction des données brutes dans le but de leur donner un sens pour laisser émerger des catégories. Selon les auteurs, la notion de sens renvoie ici à la compréhension et à la signification que le sujet attribue au monde ou à un phénomène donné, issues de son interprétation. Le chercheur doit donc faire ressortir ce sens par l'entremise de cette démarche d'analyse s'articulant en plusieurs temps.

La pré-analyse

En guise de première étape à l'analyse des données, plusieurs auteurs traitent de l'importance de la préparation des données brutes, c'est-à-dire de bien organiser le matériel recueilli (Blais et Martineau, 2006 ; Braun et Clarke, 2006). Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, toutes les données recueillies ont été retranscrites sous forme de *verbatim*, puis le format a été uniformisé (ex : police Times New Roman de taille 12, questions par la chercheuse identifiées de façon distincte des réponses des participantes, etc.)

L'exploitation du matériel

Ensuite, plusieurs auteurs s'entendent également sur la nécessité que le chercheur se familiarise avec les données recueillies en s'assurant d'en faire une lecture approfondie et répétée (Blais et Martineau, 2006; Braun et Clarke, 2006). À ce sujet, Rondeau et Paillé (2016) ont privilégié la lecture approfondie et l'analyse de l'ensemble des données produites par une première participante avant de passer à l'analyse des données de l'ensemble des participants à leur recherche. Braun et Clarke (2006) suggèrent pour leur part de faire la lecture approfondie de l'ensemble des données à au moins une reprise avant d'entamer l'analyse. Pour notre part, nous avons fait une lecture approfondie et une analyse sommaire d'un des entretiens avant de procéder à la lecture approfondie de l'ensemble des entretiens. Puis, à l'instar de ce que Blais et Martineau (2006) avancent, nous avons fait l'effort de laisser tomber nos connaissances théoriques et expériences pratiques le temps de cette étape, permettant ainsi de tendre vers un bon ancrage empirique. Nous avons donc « nettoyé », c'est-à-dire relu et corrigé, toutes les transcriptions avant d'entamer la codification afin de nous assurer de bien nous imprégner de celles-ci.

Le traitement des résultats obtenus et l'interprétation

Par la suite, nous avons procédé à l'identification et la description des premières catégories ainsi qu'à leur raffinement. Concrètement, lors de cette étape, les données ont été découpées en énoncés représentant une unité de sens (Blais et Martineau, 2006) ou en d'autres mots en catégories « conceptualisantes » (Rondeau et Paillé, 2016). La notion de catégorie employée par les différents auteurs réfère à la production d'une courte expression permettant de désigner et décrire un phénomène émergent dans les données brutes (Blais et Martineau, 2006 ; Braun et Clarke, 2006 ; Rondeau et Paillé, 2016). Ainsi, différents segments des données brutes ont été codifiés et regroupés sous ces catégories émergentes. Enfin, des auteurs soulignent que malgré le fait que le processus soit présenté dans leur article comme étant linéaire, il revient au chercheur de l'utiliser de façon cyclique (Blais et Martineau, 2006), ce que nous avons fait. Puis, ces catégories ont été raffinées, approfondies et regroupées afin d'en arriver à un nombre restreint qui permette d'avoir une vision globale de l'ensemble des éléments clés qui ressortent des données brutes (Blais et Martineau, 2006; Braun et Clarke, 2006) (Annexe 8, Annexe 9, Annexe 10). À ce propos,

des auteurs avancent que c'est à cette étape de l'analyse que le chercheur pourra valider son modèle interprétatif, voire chercher des « contre-exemples » ou encore des « cas négatifs » (Rondeau et Paillé, 2016). Afin d'augmenter la fiabilité des catégories raffinées et de nous assurer d'une compréhension commune par plus d'un codeur, une partie des données ont été codifiées selon une procédure d'accord inter-juge (Gauthier et Bourgeois, 2016), par l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche. Enfin, un rapport de recherche sous forme de mémoire a été produit, permettant à la fois de décrire la méthodologie mise de l'avant ainsi que les résultats issus de notre analyse, articulés de façon à rendre explicite l'analyse derrière les différentes catégories retenues de même que leurs liens avec les objectifs de notre recherche. Comme Braun et Clarke (2006) l'indiquent bien, le rapport doit s'inscrire au-delà de la simple description des données et rendre compte d'un argumentaire qui livre des liens forts avec les objectifs poursuivis par le chercheur.

Considérations éthiques

En plus d'avoir été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO (Annexe 12, Annexe 13, Annexe 14), plusieurs considérations éthiques sont de mise dans le cadre de ce mémoire. En fait, il s'agit « de trouver le juste équilibre entre les bénéfices pour le participant à s'engager dans la recherche, les intérêts du chercheur à poursuivre ses intérêts personnels et professionnels et la contribution aux connaissances dans le but d'améliorer ultimement des pratiques grâce à une meilleure compréhension des dynamiques entourant un objet d'étude donné » (Savoie-Zajc, 2007, p. 109). La première considération éthique réside dans le fait de ne pas rencontrer directement des EICS de 12 ans et moins, ni même leurs parents, en raison de leur grande vulnérabilité. C'est pourquoi nous avons choisi de documenter une facette du phénomène du suicide chez les enfants d'une façon qui n'impliquait pas de rencontrer des personnes en situation de grande vulnérabilité, soit à travers les pratiques de travailleuses sociales. Deuxièmement, afin de s'assurer du consentement libre et éclairé des participantes et de conserver la confidentialité entourant les entrevues, différentes mesures ont été mises de l'avant : formulaire explicatif du projet et de consentement écrit (participation et enregistrement audio) lu et signé par les participantes, usage de noms fictifs et de numéros pour identifier

les participantes, données nominatives relatives au milieu de travail non précisées, tenue des entrevues dans des locaux qui assuraient la confidentialité des échanges. À ce sujet, en tenant compte de la situation entourant la COVID-19, certaines entrevues ont été réalisées par le biais de la plateforme ZOOM, qui permet également d'enregistrer les rencontres. Aussi, les données recueillies ont été manipulées uniquement par la chercheure étudiante ainsi que sa directrice de recherche en plus de les préserver sur un ordinateur comportant un mot de passe connu exclusivement par la chercheure-étudiante, et ce, pour une durée maximale de 5 ans. Deux des entretiens ont été transcrits par une tierce personne qui a signé un formulaire relatif à la confidentialité (Annexe 11). Par précaution supplémentaire, nous avons préalablement remplacé les données nominatives de ces deux entretiens. Puis, nous avons également crypté les documents « pdf » dans lesquels les *verbatim*, formulaires de consentement, enregistrements et document associant les noms réels aux noms fictifs se trouvent sur l'ordinateur de l'étudiante. Une copie de ces mêmes documents a été déposée sur le *Onedrive* de l'étudiante, lequel est accessible seulement avec un mot de passe. Tel qu'inscrit dans les formulaires de consentement des participantes, les données seront détruites dans cinq ans. Troisièmement, l'évaluation de la balance des coûts et bénéfices pour les travailleuses sociales participantes a été faite et leur a été exposée. Rapidement, le temps requis pour participer à une entrevue pourrait constituer un coût pour une travailleuse alors que la possibilité de faire entendre sa voix sur un sujet qui la préoccupe pourrait être perçu comme un bénéfice, en plus de pouvoir contribuer en quelque sorte à l'avancement des connaissances sur un sujet peu documenté et d'actualité. Il a également été relevé que le sujet discuté peut comporter une certaine lourdeur émotionnelle. Donc, une attention particulière a été mise de l'avant par l'étudiante afin de s'assurer que les participantes puissent être orientées vers des ressources d'aide appropriées si les discussions faisaient surgir un trop grand inconfort chez elles. Les participantes en étaient informées dans le cadre du formulaire de consentement et finalement, aucune d'entre-elles n'a eu besoin de faire appel à une telle ressource. Puis, afin de contribuer à davantage de bénéfices pour les participantes, les résultats du présent projet leur seront communiqués personnellement via courrier électronique sous forme d'affichette ou de court résumé vulgarisé et bien sûr en leur permettant d'avoir accès au mémoire une fois terminé.

6. LIMITES DE LA RECHERCHE

La principale limite de ce mémoire est l'enjeu de la représentativité. La recherche qualitative ne se targue pas de produire des résultats amenant une représentativité statistique. Elle cherche plutôt la représentativité sociologique ou théorique visant donc à saisir les logiques sociales à l'œuvre que les échantillons nous permettent de relever (Hamel, 2000). Dans le cadre de ce mémoire, cette représentativité sociologique ou théorique demeure un enjeu puisque, compte tenu des contraintes liées à la faisabilité du projet et la réalité du terrain en contexte pandémique, il n'a été possible que de cumuler sept entrevues. En conséquence, cela n'a probablement pas permis d'arriver à une réelle saturation empirique. De plus, cela n'a pas non plus permis d'obtenir une réelle diversification et d'ainsi remplir un « critère majeur de sélection en ce qui touche les échantillons qualitatifs par cas multiples » (Pires, 1997). Aussi et encore en lien avec la représentativité, nous devons rappeler que toutes les participantes ne proviennent que d'une seule grande région, soit celles des Laurentides, ce qui permet de documenter que des réalités qui pourraient fort probablement être propres à cette région. Puis, la totalité de notre échantillon de recherche est issu d'une même culture, ce qui n'a pas permis de voir la façon dont la diversité culturelle peut influencer les pratiques. Cependant, il importe de mentionner que les résultats ont permis de révéler la réalité vécue par ces quelques travailleuses sociales et intervenantes sociales rencontrées. Lorsqu'on considère le peu de recherches scientifiques sur les pratiques d'intervention auprès d'enfants en contexte suicidaire dans le champ du travail social, il s'agit tout de même d'un apport intéressant.

Une autre limite concerne l'analyse des données. Dans leur ouvrage, Gauthier et Bourgeois (2016) rapportent que les catégories doivent respecter un critère d'objectivité, c'est-à-dire qu'elles « doivent être claires et comprises de la même façon par plusieurs codeurs » (Gauthier et Bourgeois, 2016, p. 447). Cette procédure est désignée comme l'accord inter-juges. Blais et Martineau (2006) traitent également de critères de rigueur scientifique et procédures pour s'en assurer comme le *codage parallèle en aveugle*, la *vérification de la clarté des catégories* et la *vérification auprès des participants*. Or, dans le cadre de ce projet de mémoire, en raison encore une fois de contraintes liées à la

faisabilité et plus particulièrement par contrainte de temps, seulement une partie des données ont été soumises à cette procédure, soit par l'étudiante et par la directrice de mémoire, permettant de vérifier leur compréhension respective des catégories et à en augmenter la fiabilité.

Enfin, des questions peuvent être soulevées sur la nécessité d'inclure cette recherche dans l'articulation du modèle écologique, ce qui aurait permis de reconnaître les subjectivités propres à l'étudiante chercheuse face à l'objet et au sujet de recherche et ce qu'elle induit dans l'environnement des travailleuses sociales interviewées. Effectivement, l'étudiante chercheuse œuvrant elle-même comme travailleuse sociale auprès de la jeunesse dans les Laurentides et la réalité d'échelle locale en région faisant en sorte que certaines participantes connaissaient l'étudiante chercheuse dans le contexte de son emploi, ont pu produire un effet chez elles. À titre d'exemple, nous pouvons penser à certains moments où une participante n'offre pas l'explication d'un terme technique, ce qui laisse penser que c'est parce qu'elle sait que l'étudiante chercheuse connaît ce terme en raison de son travail sur le terrain.

7. RÉSULTATS

7.1 Présentation de l'échantillon de recherche

Sept personnes ont été rencontrées dans le cadre de cette recherche, soit six femmes et un homme. Les participantes travaillaient toutes dans les régions des Laurentides et des Basses-Laurentides. Une huitième œuvrant dans une autre région s'était manifestée, mais ne s'est finalement jamais présentée à son entretien. Après une année de recrutement et malgré le fait que nous n'avions que sept participantes sur les huit que nous souhaitions rencontrer, nous avons pris la décision de clore les entretiens puisque nous considérons que les données amassées étaient suffisamment riches et complètes pour répondre aux objectifs de cette recherche. Toutes les participantes étaient âgées entre 24 et 48 ans au moment de l'entrevue.¹ La totalité des participantes rencontrées ont complété des études universitaires, soit de premier cycle en travail social/service social ou en criminologie, soit de deuxième cycle à la maîtrise en travail social. Elles cumulent entre quelques mois et plus de 20 années d'expérience de travail auprès d'une population jeunesse. La grande majorité mentionne avoir une expérience de travail auprès de cette même population, préalablement à l'emploi actuel. Au moment où les entretiens se sont déroulés, les participantes occupaient des postes comme travailleuse sociale dans divers services institutionnels, plus précisément dans le cadre de programmes offerts à la jeunesse en contexte de services volontaires et/ou comme travailleuse sociale ou agente de relations humaines sous la Direction de la protection de la jeunesse et/ou comme travailleuse sociale dans une clinique privée et/ou comme travailleuse sociale dans des organismes du milieu communautaire. Dans tous les cas, les participantes rencontrées intervenaient auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, de façon directe ou indirecte, c'est-à-dire que quelques-unes d'entre-elles, de par leurs rôles (ex : coordination) ou de par l'accessibilité à la formation (ex : ne peut intervenir directement en attendant de recevoir une formation jugée obligatoire par l'organisme) pouvaient ne pas être appelées à intervenir directement auprès d'enfants en contexte suicidaire au moment de l'entrevue. Enfin, à part presque égale, les participantes ont été en contact pour la première fois avec la

¹ Afin de préserver l'anonymat des personnes rencontrées et pour alléger le texte, l'usage du féminin sera employé pour désigner les participantes à la recherche.

problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins soit dans leur vie personnelle, soit dans le cadre de leur pratique auprès de la jeunesse.

7.2 La perception qu'ont les travailleuses sociales du phénomène du suicide chez les enfants de 12 ans et moins

Un phénomène bien réel qui pourrait être en augmentation

La problématique du suicide chez les 12 ans et moins apparaît comme étant bien réelle selon les participantes. Quoique les questions abordées dans le cadre des entretiens ne portaient pas explicitement sur l'âge et le sexe des enfants auprès desquels les participantes ont eu à intervenir en contexte suicidaire, certaines d'entre-elles parlent d'enfants aussi jeunes que six ou sept ans, autant de sexe féminin que masculin. Même s'il nous est impossible d'en tirer une conclusion, nous constatons que des travailleuses sociales sur le terrain ont l'impression d'être confrontées à l'intervention auprès d'enfants ayant des idéations ou des conduites suicidaires (EICS) qui sont de plus en plus jeunes, comme le mentionne une des participantes : « [...] on a l'impression [...] que les enfants sont de plus en plus jeunes à nous parler de suicide. » (P3, p.3).

La totalité des participantes souligne aussi avoir une nette impression que le phénomène est en augmentation. Plus précisément, la plupart ont l'impression que les dernières années ont été davantage marquées par une augmentation des cas d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire. Les estimations concernant le nombre d'enfants auprès desquels les participantes ont eu à intervenir en contexte suicidaire varie de cinq à trente enfants par année. Certaines attribuent même une contribution possible de la pandémie à cette impression de hausse, qu'il s'agisse de situations en intervention directe ou rapportées par les membres de leurs équipes. Une participante mentionne d'ailleurs que, même dans des services autres que le sien (ex : clinique privée, services scolaires, services de garde dans les écoles, etc.), cette impression est partagée. L'extrait suivant est évocateur quant à l'impression décrite par les participantes : « Puis, même à l'automne, puis là je sais pas si c'est la pandémie, mais t'sais c'était juste ça qu'on avait là t'sais des enfants, des ados qui ont eu des verbalisations suicidaires là [...] » (P2)

Une nuance peut être nécessaire au sujet de l'impression d'augmentation des cas, à savoir si le phénomène est en hausse ou si la population et les professionnels sont de plus en plus alertes et dépistent davantage. Cette nuance est effleurée par certaines participantes :

[hésitation] Ben c'est ça, on a l'impression que c'est, c'est plus émergent, je pense que c'est là, mais bon est-ce que c'est qu'on est plus près des familles, qu'on est plus alerte comme population, qu'on est plus à l'écoute de nos enfants, je pense pas que c'était moins là avant là, je pense qu'on, on est vraiment plus, plus attentif à ce niveau-là, [hésitation] (P3)

Les manifestations de détresse des enfants

Les participantes nous ont informé de différentes formes que peuvent prendre les manifestations suicidaires chez les jeunes enfants. Les plus claires d'entre-elles comprennent, entre autres, les verbalisations d'idéations suicidaires ou les verbalisations suicidaires communiquées directement par l'enfant à un membre de son entourage ou à un intervenant. Il peut s'agir par exemple de dessins ayant une connotation suicidaire ou représentative de la mort. Le discours des participantes au sujet d'en quoi consiste l'idéation suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins est peu élaboré, mais de ce que nous comprenons de celui-ci, il semble qu'il puisse s'agir de l'avènement de l'idée de vouloir mettre fin soi-même à sa vie, l'idée revêtant un caractère plus ou moins précis.

Une autre des manifestations claires de détresse suicidaire chez l'enfant concerne la tentative de suicide. Les intervenantes soulignent que certains enfants de 12 ans et moins sont capables, dans une plus ou moins grande mesure, d'élaborer un plan et de penser ou d'utiliser des moyens pour commettre une tentative de suicide. Parmi ces moyens, certains peuvent sembler peu dangereux, tels que se pendre avec un fil de ventilateur, sauter d'une fenêtre (pas en hauteur), se sauver de l'école, ou encore plutôt invraisemblables, tel que s'étrangler avec ses propres cheveux. D'autres exemples de moyens révélés par les participantes pourraient s'avérer plus létaux, comme prendre des médicaments, se couper

les veines avec des ciseaux, sauter d'une montagne, se cogner la tête, se couper avec un couteau, s'intoxiquer par la prise de drogue, se coincer le cou pour arrêter de respirer, se tirer une balle avec une arme à feu. Tout comme dans le cas des verbalisations, certaines tentatives pourraient consister en des appels à l'aide plus qu'en de réelles intentions suicidaires, mais certaines autres peuvent être potentiellement mortelles, qu'elles cachent ou non des intentions suicidaires réelles :

T'sais, y'a... y'a plusieurs types de tentatives où est-ce qu'on voit beaucoup que c'est des appels à l'aide plus que des... un vrai désir de mourir. [...] Oui. Hum... j'en ai eu qui ont fait des vraies tentatives. J'en ai eu qui se sont retrouvés à l'urgence à plusieurs reprises. Hum, donc oui c'est quelque chose qu'on, on voit quand même là t'sais, malgré que le risque y'est... y'est souvent moins élevé. (P1)

Les participantes abordent aussi les manifestations de détresse à caractère suicidaire qui peuvent être moins clairement exprimées par les enfants, mais qu'elles-mêmes ou des membres de l'entourage observent, comme un affect dépressif, un changement dans l'alimentation, des comportements dérangeants (opposition, etc.), des difficultés liées à des comportements inadéquats dans le milieu scolaire ou encore de la violence et de l'agressivité physique ou verbale envers les autres et/ou des objets.

Enfin, le phénomène discuté revêt parfois un caractère récurrent ou qui perdure, c'est-à-dire qu'il se prolonge dans le temps, et ce, bien que des interventions soient mises en place. Parfois, les enfants n'ont tout simplement jamais informé quiconque de leur détresse durant plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou années : « Ouais. J'ai vu ça. Ah oui, j'ai vu ça, des enfants qui disent : « bien moi j'y pense tous les jours depuis que j't'en 5^{ème} année ». Tu fais comme : ok, personne était au courant là. » (P3)

Selon leurs observations sur le terrain, plusieurs participantes avancent l'idée que les enfants de 12 ans et moins sont généralement en mesure de discuter de la mort et du suicide assez ouvertement. Toutefois, les concepts de mort et de suicide pourraient ne pas

être complètement aboutis ou pourraient bien l'être, dépendant de l'âge de l'enfant ou son stade développemental, ses connaissances ou ses expériences acquises sur le sujet :

Bon y'a aussi... y'a aussi au niveau de la compréhension de c'est quoi la mort pis aussi qu'est-ce qui peut causer la mort qui des fois n'est pas encore acquis pour les jeunes de cet âge-là, dépendant de leur expérience dans l'actualité et pleins d'autres aspects... (P1)

7.3 Une problématique aux nombreuses facettes

Les participantes parlent d'une hétérogénéité des milieux familiaux dans lesquels on retrouve des EICS. En fait, il ne se dégage pas de portrait type, selon elles, mais seulement des facteurs de vulnérabilité. Lorsque ces facteurs sont plus nombreux, le risque de développer la problématique serait encore plus grand. De leurs discours se dégagent différents types de facteurs de vulnérabilité, soit les fragilités individuelles et des facteurs environnementaux sur différents niveaux.

Des fragilités individuelles

Certains éléments liés à des caractéristiques personnelles et individuelles que les participantes identifient chez les enfants semblent constituer un ensemble de facteurs de vulnérabilité pour des EICS, nous permettant de mieux comprendre le phénomène. Les problèmes de santé mentale, diagnostiqués ou non, ressortent comme élément de vulnérabilité incontournable dans le discours des participantes. Elles parlent d'idéations et de conduites suicidaires induites par des effets secondaires de certains traitements médicaux, d'un vécu personnel difficile ou traumatique, de difficultés de gestion des émotions, de faible estime personnelle, du tempérament de l'enfant (ex : tempérament anxieux, impulsif, etc.), de diagnostics tels que le TSA ou la douance.

Certaines participantes apportent une nuance intéressante, à savoir qu'elles considèrent que ces fragilités personnelles peuvent être exacerbées par les environnements respectifs des enfants.

[...] Au niveau de justement nos traits plus anxieux, plus dépressifs tout ça, mais, mais c'est beaucoup le chemin que l'environnement peut, t'sais l'environnement nous guide vers quoi, on a des fragilités mais qu'est-ce qui va être exacerbé par le support qu'on a, l'amour qu'on reçoit, t'sais les traumatismes tout ça, pour moi c'est, c'est beaucoup plus une grande partie de facteurs environnementaux [...] (P3)

Des facteurs environnementaux

Les facteurs de vulnérabilité liés à l'environnement devraient être davantage considérés que ceux relevant des caractéristiques personnelles, du moins selon les participantes. Ces facteurs sont nombreux et peuvent s'articuler sur différents plans, soit celui du système familial, ou celui de l'entourage de l'enfant, sur son vécu et ses liens en milieu scolaire ou encore relevant de certains contextes sociaux donnés.

En lien avec le système familial, les participantes abordent différents facteurs qu'elles perçoivent comme contributifs dans le contexte suicidaire de certains enfants, par exemple, les antécédents de difficultés de santé mentale/de comportements suicidaires dans l'entourage ou le fait que l'enfant ait pu être témoin de ceux-ci ou en connait l'histoire, les conflits parentaux de séparation, une dynamique familiale dysfonctionnelle, les conflits de loyauté, les profils d'attachement insécurisés, l'exposition à la violence conjugale et familiale, les contextes de négligence. Les participantes sont unanimes à parler de facteurs de vulnérabilité liés au fonctionnement ou à l'historique familial. Il semble aussi que ces facteurs de vulnérabilité puissent être en présence dans des familles, et ce, peu importe leur statut socio-économique. L'extrait suivant décrit bien la perception d'une participante en lien avec les conflits parentaux de séparation et l'effet possible sur l'état de bien-être de certains enfants :

C'est sûr qu'un gros fléau de société je dirais, c'est les conflits de séparation et à travers les conflits de séparation, les enfants vivent énormément d'impacts psychologiques et affectifs et à travers ces situations-là où les

parents finalement arrivent pas à assumer une co-parentalité, ben les enfants on peut percevoir aussi dans beaucoup de ces situations-là, des affects dépressifs ou idées suicidaires ou acting out suicidaire. (P5)

Concernant le vécu de l'enfant dans d'autres contextes, particulièrement dans le milieu scolaire, c'est la sphère des relations interpersonnelles qui apparaît comme élément d'importance dans le discours des participantes. Par exemple, elles parlent unanimement de l'intimidation par les pairs. Plusieurs d'entre-elles abordent aussi le rejet par les pairs, les relations conflictuelles avec ceux-ci, les échecs scolaires ou encore les difficultés académiques et d'apprentissages comme autant de facteurs de vulnérabilité :

L'école c'est un élément aussi très important hein... on voit beaucoup d'intimidation, on voit beaucoup des enfants qui vivent beaucoup de choses à l'école, pis à un moment donné, on se rend compte que ces enfants-là peuvent être très, très, très à risque. (P6)

Autres facteurs sociaux

D'autres facteurs sociaux sont identifiés comme pouvant contribuer au risque suicidaire chez le jeune enfant. À ce sujet, les participantes ont parlé de l'état du tissu social autour d'un enfant, par exemple un faible réseau autour de la famille ou encore l'état lacunaire des services (manque d'accessibilité, manque de fluidité). S'ajoutent à ces facteurs, d'autres contextes ou phénomènes sociaux que les participantes identifient comme de possibles éléments contributifs à la problématique. Certaines participantes évoquent par exemple les phénomènes de « Défi Momo² » ou l'émission télévisée « Squid Game » comme ayant pu amener des enfants à présenter des comportements suicidaires. D'autres ont parlé du contexte de pandémie qui seraient selon elles à l'origine d'une augmentation des demandes en lien avec les différents comportements suicidaires et d'autre part, d'une complexification, voire réduction de l'accès aux services pour les

² Le défi Momo consiste en la diffusion sur les réseaux sociaux de messages de la part d'une femme macabre incitant les gens à poser différentes actions les réseaux sociaux sous menace de représailles.

enfants en contexte suicidaire. L'extrait suivant témoigne de l'impact du manque de services perçus par des intervenantes :

Y a tellement pas de services, jusqu'à temps que tu dises que tu veux mourir. Là t'as huit intervenants qui vont venir te voir à l'école dans la même journée-là. T'sais [...] Fait que le système fait en sorte aussi qu'on n'accorde pas d'importance ou t'sais y a des enfants qui sont sur la liste d'attente ça fait un an, un an et demi. Personne les a appelé, tout le monde s'en fout. Mais dès qu'il y a des idées suicidaires, le piton panique est pesé, puis dans même journée, parce que j'ai déjà été sur l'unité crise à [région administrative], dans même journée on intervenait puis on était là. (P7)

L'extrait suivant apporte un éclairage sur la façon dont des intervenantes ont perçu l'augmentation des demandes de services durant la pandémie :

En tout cas, c'est sûr que le contexte de la pandémie, ça amène quelque chose qui était vraiment pas là avant, t'sais dans le sens que les enfants sont souffrants, mais sont vraiment souffrants de tout ce qu'ils vivent encore plus qu'avant pis t'sais, on a plein d'enfants qu'on voit à la crise que, en général, y auraient peut-être même pas passés par nos services mais ça s'est détérioré, y ont des symptômes dépressifs, y ont des symptômes anxieux, ils vont vraiment, vraiment pas bien. Fait que je pense qu'il y a comme une clientèle que d'habitude on n'aurait pas vu, que là on voit. Puis même dans les guichets, ça a vraiment augmenté, t'sais ils fournissent plus les demandes, juste pour appeler le monde y a un délai d'un mois et demi, pi les gens sont pas encore en attente de services. (P2)

Presqu'unanimement, les participantes identifient le cumul de facteurs de vulnérabilité comme un risque pour l'apparition de la problématique chez un enfant :

[...] Ou l'accumulation de pleins de facteurs qui font qu'ils sont peut-être un peu plus vulnérables, un peu plus sensibles à la réalité, au fait d'avoir des pensées suicidaires, là, mais t'sais y a pas comme un modèle type ou quoi que ce soit. (P4)

Quand des facteurs de risque deviennent des éléments déclencheurs

Il est intéressant de constater à travers le discours de plusieurs participantes que certains éléments identifiés comme facteurs de risque (comme ceux cités précédemment) sont aussi identifiés comme éléments déclencheurs dans certains contextes suicidaires présentés par les enfants de 12 ans et moins. C'est-à-dire que ces éléments pourraient déclencher une crise suicidaire ou précipiter l'avènement de comportements suicidaires, voire d'une tentative de suicide. À ce propos, l'intimidation, un déménagement, un deuil, la séparation des parents ou encore le fait de faire face à un refus sont des exemples cités par les participantes :

T'sais, souvent quand il y a un élément déclencheur qui va faire en sorte qu'il commence à avoir des idéations suicidaires... Donc, souvent ça va être de l'intimidation, séparation des parents, déménagement, perte – deuil dans le fond de... de quoi que ce soit là, surtout avec les enfants. Moi quand je parle de deuil, je parle de deuil at large là, parce que... pour eux, perdre... perdre juste un objet significatif, ça peut être assez pour les mettre dans... dans une très grande détresse là [...] (P1)

Les facteurs de protection

De façon générale, les participantes ont peu élaboré concernant les facteurs de protection entourant la question du suicide chez les jeunes enfants, du moins pas de façon explicite. Toutefois, il est possible de relever certains de ces facteurs dans leur discours, par exemple, le fait de mettre un filet de sécurité autour de l'enfant; la présence d'un entourage pour soutenir et écouter l'enfant; la présence d'adultes dans le milieu scolaire qui soient en mesure de détecter rapidement les indices de détresse suicidaire; ou encore l'accès à une ressource de répit pour les parents. Leur discours nous amène d'ailleurs à

penser qu'elles puissent percevoir, en quelque sorte, que l'envers d'un facteur de risque peut constituer un facteur de protection. Par exemple, inversement à une santé mentale fragile et à une faible estime de soi, si l'enfant présente une bonne santé mentale et une bonne connaissance de soi, cela pourrait constituer un facteur de protection. Les extraits suivants démontrent que les intervenantes perçoivent le soutien reçu par l'enfant comme un facteur de protection : « Heureusement y'a eu quelqu'un en quelque part, soit un parent, soit un enseignant qui a eu la vigilance de, de vraiment nous informer et de mettre un... un filet de sécurité autour de ces enfants-là. » (P6) « Donc, c'est sûr que ça aussi des fois c'est aidant d'avoir des gens dans le milieu scolaire par exemple qui détectent certains signaux d'alarme, puis que par la suite on peut faire une intervention. » (P4)

Les besoins des enfants et de leurs parents

En plus des différents facteurs de vulnérabilité et de protection, les intervenantes rencontrées nous ont aussi permis de mieux saisir les besoins qu'elles identifient chez les EICS et leurs parents. Elles mentionnent que, dans un tel contexte, l'enfant semble souffrir en raison d'un besoin non répondu, lequel peut être de différents ordres. Il apparaît toutefois que le besoin de parler de la situation vécue et de se sentir écouté est souvent présent chez l'enfant. Selon de nombreuses participantes, il pourrait s'agir pour certains qu'on puisse mieux répondre à leurs besoins de base pour que leurs comportements suicidaires diminuent. L'extrait suivant montre la perception d'une intervenante à cet égard et illustre bien ce que permet le simple fait d'écouter un enfant :

T'sais souvent quand on, dans ces dossiers-là, quand on prenait le temps t'sais de s'asseoir avec les enfants puis de les écouter puis de, t'sais de leur demander comment ils vivaient ça, puis de les lai... de leur laisser un espace neutre pour s'exprimer, ça arrivait souvent que, t'sais au bout de même une rencontre des fois, ça avait déjà on dirait diminué l'intensité des idées suicidaires, tout ça, parce qu'ils se sentaient écoutés, plus en confiance, puis ça venait comme apaiser quelque chose. (P7)

S'il nous est permis de voir se préciser certains besoins chez des EICS, le discours des intervenantes laisse entrevoir que les parents de ces enfants pourraient présenter des besoins, lesquels façonnent tout autant notre compréhension du phénomène du suicide chez le jeune enfant. À ce sujet, les participantes en identifient plusieurs, soit d'être supportés face à la situation, de partager la responsabilité, d'être mieux informés et éduqués par rapport à la problématique que vit leur enfant ou encore de ne pas se sentir jugés. L'extrait suivant précise davantage la façon dont une intervenante conçoit ces besoins :

Bien je pense d'être mieux informés puis de savoir comment l'aborder puis en même temps d'avoir une aide extérieure là, des intervenants peu importe de quel milieu, je pense que c'est quand même important pour ces parents-là parce que c'est une grande charge aussi à porter puis c'est difficile d'aborder ces réalités-là. (P4)

7.4 De la reconnaissance sociale de la problématique

Mis-à-part quelques-unes qui ont été exposée dans leur vie personnelle, les participantes à notre recherche n'ont elles-mêmes pris conscience de l'ampleur du phénomène du suicide chez le jeune enfant qu'une fois leur pratique entamée. Une minorité s'exprime même quant au fait qu'elle a l'impression que son employeur n'a pas ou peu conscience de l'ampleur de la situation sur le terrain. L'extrait suivant illustre cette prise de conscience chez une participante : « Bien, je pense qu'il y en a vraiment beaucoup, je pense qu'il y en plus qu'on pense [...] on n'en parle pas vraiment, mais dans les faits y en a partout. » (P2)

Unanimement, les participantes s'expriment quant à la reconnaissance sociale de la problématique comme ayant un impact sur les EICS. Il est possible de distinguer que cette reconnaissance sociale s'articule à plusieurs niveaux.

D'abord, il pourrait y avoir dans la population générale une forme de banalisation de la problématique suicidaire lorsqu'elle est vécue chez le jeune enfant et ce, même parmi les parents d'enfants qui présentent des comportements suicidaires :

[...] je dirais aussi que souvent on dirait que c'est comme banalisé chez les moins de 12 ans t'sais, on va dire que c'est pas sérieux, qu'ils feront pas vraiment ou que, t'sais c'est juste des mots puis qu'ils comprennent pas qu'est-ce qu'ils disent. (P2)

Quelques participantes parlent de familles qui ont du mal à croire que leur enfant puisse vivre une problématique suicidaire, ou de familles qui ont du mal à croire à la problématique tout simplement. D'autres participantes mentionnent au contraire que des parents sont complètement bouleversés par la situation lorsqu'ils apprennent que leur enfant vit une problématique suicidaire. En conséquence, des parents peuvent avoir du mal à parler directement de la situation avec leur enfant, laissant croire que le sujet peut être tabou :

Ouais, clairement. C'est plus rare que je vais avoir des parents qui vont utiliser [les vrais mots], même si j'ai sensibilisé à, t'sais y vont dire "T'as-tu encore le goût d'aller rejoindre grand-papa au ciel?" Ça j'entends ça régulièrement, mais je, je crois vraiment que les parents sont moins à l'aise d'utiliser le terme suicide, ouais. (P3)

Ensuite, le tabou pourrait même être présent parmi des intervenantes directement impliquées auprès d'EICS. Certaines participantes font référence à des partenaires peu formés qui se sentent mal-à-l'aise de gérer des situations suicidaires chez le jeune enfant. Alors que des participantes sont d'avis qu'on ne doit pas hésiter à aborder le sujet avec les enfants même s'ils n'en ont pas eux-mêmes fait mention, elles soulignent aussi que des intervenantes sociales peuvent présenter des réticences à parler du suicide avec un enfant, de peur de faire émerger la problématique chez lui. À ce sujet, l'extrait suivant montre

qu'un certain malaise peut exister chez l'intervenante par rapport au fait d'aborder la question avec un enfant qui n'en a pas discuté par lui-même d'abord :

T'sais j'pense que des fois on peut induire de par nos questions chez des, des phénomènes chez des enfants. T'sais des enfants 6-12 ans, c'est des enfants qui sont malléables, entre guillemets, et de par nos questions, de par nos interventions, on peut induire des choses chez des enfants, donc c'est ext..., faire extrêmement attention à tout ce qu'on dit et de demander à un enfant : « as-tu déjà pensé à la mort », bien ça peut être une forme d'induction puis ça peut être très dangereux, là professionnellement là t'sais.
(P5)

7.5 Les pratiques de travailleuses sociales auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire

Les TS sont à l'avant-plan de l'évaluation du risque suicidaire chez les enfants

Toutes les participantes s'entendent pour dire que les TS (ou autres professionnelles occupant un poste avec les mêmes fonctions), tous milieux confondus, font l'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants. Elles décrivent une évaluation qui ressemble à celle faite auprès des 14 ans et plus, mais qu'on adapte à l'enfant, selon certaines. L'évaluation peut se faire directement avec l'enfant en rencontre individuelle ou encore avec les parents et l'enfant. Des participantes de différents milieux soulignent qu'elles peuvent interpellier une coordonnatrice clinique pour faire valider leur intervention : « Moi je base par contre souvent sur les critères, t'sais un peu sur les mêmes critères que les, que pour les adultes là. » (P2)

À la DPJ, il semble exister un Protocole Suicide, qui consiste en une ligne téléphonique par le biais de laquelle d'autres intervenantes (ex : psychologues) guident l'intervenante qui fait l'évaluation lorsque celle-ci en éprouve le besoin (ex : lors d'une crise suicidaire chez un enfant présentant un haut risque de passage à l'acte). Une participante met en lumière qu'à la réception et traitements des signalements (RTS), les

intervenantes ont comme mot d'ordre de ne pas faire cette évaluation parce que la plupart ne seraient pas formées pour le faire :

Quand on est au RTS, ce qu'ils disent, nos boss là puis notre coordonnatrice, c'est qu'on ne fait pas aucune évaluation suicidaire. [...] Fait que si un enfant appelle [au RTS] pour se signaler lui-même, pour dire, [...] j'ai des idées suicidaires » ou que son parent appelle pour dire : « là j't'avec mon enfant, y a des idées suicidaires », on n'évalue pas [...] On leur dit : « appelez au 811, ils vont vous évaluer, rappelez-nous après. (P7)

Il serait intéressant de valider cette information qui apparait comme une aberration du point de vue des connaissances et recommandations actuelles portant sur la problématique elle-même.

Les particularités de l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant

Les participantes nous parlent de plusieurs éléments qui doivent être pris en compte pour alimenter l'évaluation du risque d'un passage à l'acte suicidaire chez un enfant. Certains de ces éléments ne se trouvent pas dans une évaluation faite auprès d'un adulte. Bien que nous ne présentions pas de façon exhaustive les éléments nécessaires à l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant, certains éléments clés du discours des intervenantes semblent importants de souligner.

D'abord, la grande majorité des participantes nous indiquent l'importance d'évaluer la compréhension qu'a l'enfant du concept de mort :

Donc, t'sais, il y a planification du suicide, bon ben c'est la compréhension du concept de mort. Fait que ça c'est quatre points principaux. T'sais, c'est quoi les causes de la mort? C'est... est-ce que c'est réversible, la mort? Est-ce que tu comprends que chaque personne va décéder? Pis, est-ce que tu comprends que quand on meurt, il n'y a plus d'activités possibles. C'est les

quatre grosses questions qu'on pose pour comprendre le concept de mort.

(P1)

De plus, selon plus de la moitié des participantes, une évaluation doit être ajustée à l'âge développemental de l'enfant et aux impacts du diagnostic connu (s'il y a lieu) sur son niveau d'autonomie. Cet ajustement peut se traduire par le vocabulaire utilisé ou encore les mediums d'intervention (dessin, musique, jeu, etc.) :

Non, ça n'existe pas [en parlant d'un outil d'évaluation spécialisé et officiel pour l'estimation du risque suicidaire chez l'enfant de moins de 14 ans]. Donc, moi dans ma pratique, j'utilise cette grille-là... mais je vais l'adapter à la compréhension et au développement de l'enfant que j'ai devant moi.

(P6)

Quoiqu'une seule des participantes ne l'ait abordée de façon explicite, l'intention suicidaire est un concept qui semble faire partie de l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant. Presque la totalité des participantes en parlent, mais de façon plus implicite, lorsqu'elles abordent, par exemple, l'évaluation des émotions et de la détresse sous-jacentes aux comportements suicidaires, et lorsqu'elles parlent d'évaluer le concept de mort chez l'enfant.

Aussi, plus de la moitié des participantes nous indique que la planification du suicide en tant que sphère évaluée est similaire à ce qui est déjà en place dans les évaluations chez les 14 ans et plus, soit d'explorer si des tentatives suicidaires passées sont survenues et si les moyens, le moment et l'endroit sont déjà choisis. Toutefois, une participante ajoute qu'il existe une particularité au niveau de l'évaluation de la planification du suicide chez l'enfant, soit la présence d'accidents dans le passé, en ce sens qu'elle souligne que certains accidents peuvent en fait camoufler des tentatives passées.

De façon unanime, les participantes croient que l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant devrait être faite en intervention directe auprès de l'enfant et en individuel,

en plus de rencontrer les parents. Le moment où l'enfant est rencontré en individuel est variable selon les différentes participantes (soit avant les parents, après les parents, etc.) Ces rencontres d'évaluation peuvent se faire par téléphone, mais idéalement, elles se déroulent en présence :

Pis, fait qu'on, on a regardé ça, moi c'est toujours de l'intervention directe avec le jeune là, dans le sens que, qui fait, t'sais, c'est, c'est, on peut pas passer à côté là, je ferai pas juste l'intervention avec le parent. (P3)

Plus de la moitié des participantes ont parlé des interventions qu'elles mettent de l'avant dans leur évaluation auprès des EICS, entre autres, l'exploration de moyens alternatifs aux comportements suicidaires, le réseautage ou encore l'identification des symptômes physiques de la détresse.

Les outils d'évaluation

La majorité des participantes nous mentionne qu'il n'existe pas d'outils standardisés pour évaluer les enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire et qu'elles utilisent la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire pour les 14 ans et plus. Elles ajoutent qu'elles doivent l'adapter de quelconque façon, soit sur le champ selon la compréhension et le développement de l'enfant évaluées, soit en se basant sur un outil maison, adapté à partir de ladite grille :

Donc, c'est la grille adaptée là, dans le fond, pour les 6-12 ans. Par contre, on n'a jamais eu de formation... sur cette grille-là. Aucune formation officielle en tout cas. On en parle des fois dans une réunion d'équipe pendant 30 minutes, pis on fait le tour de la grille, mais on n'a pas de suivi, on n'a pas d'accompagnement au niveau de ça par un spécialiste. Donc, c'est pas mal à notre discrétion de s'en servir ou non. (P1)

Une participante nous parle d'une grille existante pour les moins de 14 ans, laquelle est non standardisée, pour laquelle une formation serait disponible, mais peu accessible, ce

qui explique selon elle que peu d'intervenantes sur le terrain soient au courant. Elle explique donc qu'elle, comme d'autres intervenantes, a choisi d'utiliser la grille en question, mais en adaptant son utilisation puisqu'elle n'a pas eu accès à ladite formation donnant officiellement le droit d'utiliser l'outil :

Là tu me donnes un outil, mais tu me dis que j'peux pas l'utiliser, attends minute là. T'sais je l'ai adapté, puis j'utilisais pas le code de couleur t'sais à place de dire : « vert, jaune, orange ou rouge », je disais « faible, moyen, élevé » (P7)

De nombreuses participantes nous parlent du filet de sécurité comme d'un outil d'intervention faisant partie intégrante de l'évaluation du risque suicidaire. D'après elles, le filet de sécurité consiste en une intervention visant à mettre en place divers moyens pour ajouter des facteurs de protection autour de l'enfant. Il peut donc s'établir avec divers partenaires de l'intervention, comme les parents, le milieu scolaire, l'hôpital, etc. Il peut s'agir d'augmenter la surveillance auprès de l'enfant, de restreindre l'accès aux moyens de passer à l'acte identifiés par l'enfant, de placer un enfant temporairement dans un autre milieu, etc. Les actions à mettre en place varient selon le degré de risque d'un passage à l'acte établi durant l'évaluation :

Puis c'est sûr que pour assurer un filet de sécurité, aviser tous les partenaires, l'école, tous les intervenants impliqués au dossier de cette jeune-là. Puis c'est sûr de donner les ressources à la mère, de qui appeler s'il y a vraiment une urgence ou pour avoir un peu plus d'accompagnement. Puis, sinon aussi t'sais des directives un peu plus par rapport à cacher les objets coupants. (P4)

Enfin, quelques participantes évoquent le fait de devoir procéder à la réévaluation du risque suicidaire à travers le temps, durant l'intervention qui suit la crise.

L'intervention après la crise

La plupart des participantes s'expriment à propos de leurs interventions post-évaluation du risque suicidaire, donc sur les interventions de suivi. Selon leur discours, elles interviennent auprès des enfants en contexte suicidaire de façon plus ou moins intensive selon l'évolution de la situation. Cela suggère que certains enfants peuvent demeurer à risque de présenter des comportements suicidaires à moyen ou à long terme. Les suivis peuvent être individuels, familiaux ou de groupe selon les besoins et les services disponibles et les interventions peuvent avoir différentes cibles sous-jacentes aux comportements suicidaires manifestés, selon ce qui est identifié comme élément de souffrance et pouvant contribuer auxdits comportements. Par exemple, l'intervention peut concerner des aspects aussi variés que l'estime de soi de l'enfant, les communications et les relations familiales, l'accompagnement dans les démarches pour obtenir des services spécialisés, la gestion logistique d'un placement, le travail en parallèle sur les troubles de comportements, l'intervention directement liée aux idéations suicidaires (identification des émotions et/ou symptômes physiques, suivi des idéations/comportements suicidaires à toutes les rencontres) ou encore la collaboration avec les partenaires de l'intervention :

Pis ensuite quand on a comme, on était peut-être pu dans la crise suicidaire, bien t'sais ça a été toute l'intervention sur l'estime de soi de l'enfant, comment on fait pour, t'sais c'étaient quoi ses besoins autres, finalement, stabiliser une situation familiale qui était de violence conjugale et tout ça, fait que t'sais après ça c'était comme plein d'autres bouts là [...] (P3)

Alors qu'une minorité de participantes s'exprime quant au manque d'outils pour l'intervention, d'autres nous parlent de ceux qu'elles utilisent (hors évaluation), qui sont en fait des outils mettant davantage de l'avant la gestion des émotions sous-jacentes à la situation suicidaire, plutôt que d'adresser directement les comportements suicidaires. Elles donnent par exemple l'utilisation d'un tableau pour identifier les émotions ou l'identification des symptômes physiques des émotions, le bricolage par rapport aux symptômes physiques reliés à l'anxiété, la colère et la tristesse, divers jeux reliés aux émotions (cartes, jeu de mémoire, etc.), l'utilisation de codes pour exprimer l'émotion (ex :

pouce en haut ou pouce en bas) ou encore l'utilisation d'images pour les illustrer (ex : soleil, nuages, etc.) : « [...] je pense pas, je pense pas qu'il y a des outils particuliers, bien là t'sais souvent moi je vais utiliser le dessin, le jeu de mémoire, c'est un jeu qui a comme des émotions là. » (P2)

Puis, l'intervention auprès des parents occupe une place importante selon les participantes. D'ailleurs, elles ont toutes mentionné avoir à intervenir directement auprès des parents (aviser les parents, accueillir/écouter le parent, évaluer le risque suicidaire chez le parent, accompagnement offert aux parents dans les démarches – ex. soutenir dans la démarche d'aller à l'hôpital avec l'enfant, référer vers des services pour les parents, autant des services psychosociaux/psychologiques que d'aide concrète aux tâches domestiques pour augmenter la disponibilité du parent, outiller/éduquer les parents face à la question suicidaire et de la crise suicidaire). Les extraits suivants illustrent ces propos :

Ensuite, c'est [hésitation], de reconnaître les difficultés du jeune mais aussi les besoins des parents et de la famille là-dedans... dans l'intervention. T'sais, c'est pas juste de se concentrer sur un, c'est de se concentrer sur tout le monde parce que chacun a un impact entre eux. (P1)

T'sais si y a des ch... si y a des émotions particulières qui viennent les chercher, si ils ont de la difficulté à comprendre t'sais c'est quoi les idées suicidaires, pourquoi on en est rendu là, c'est quoi les pratiques parentales à favoriser t'sais on va être comme plus là-dedans. (P2)

Les approches d'intervention

En grande majorité, les participantes ont mentionné mettre de l'avant l'approche systémique dans le cadre de leur pratique auprès de EICS. Par l'analyse du discours des participantes, nous arrivons à comprendre que l'approche systémique est utilisée tant pour cerner ce qui se passe et ce qui amène les comportements suicidaires (analyse des situations complexes), que pour intervenir en visant leur résorption (intervention impliquant les systèmes). D'autres approches ont été identifiées, soit l'approche orientée vers les

solutions, l'approche participative, une approche de proximité ainsi qu'une approche de prévention et de dépistage. Les extraits suivants mettent en relief la façon dont certaines participantes articulent leurs interventions selon l'approche préconisée :

Bien t'sais je pense que c'est les deux approches de base [...], systémique puis participative, faut vraiment aller chercher tout le monde autour, pour s'assurer de la compréhension aussi là de tous et chacun. Puis t'sais on parlait des parents, mais, t'sais leur vécu, leur histoire on la connaît pas toujours. Puis je pense qu'il y a plusieurs fois où on leur demande d'intervenir avec leur enfant parce que nous on peut pas toujours le faire, puis là à ce moment-là on se rend compte à quel point y a des malaises puis y a des blessures finalement. Puis le participatif parce que, parce que c'est ça, parce que l'enfant, puis parce que j'ai déjà vu des interventions d'évaluation du risque suicidaire juste avec le parent pour des enfants en bas de 12 ans, puis ça se voit encore, puis je pense, bien pour moi c'est ça, j'pense vraiment que l'enfant faut qu'il fasse partie intégrante de ça, à la hauteur de ce qu'on peut faire là. (P3)

C'est sûr que c'est principalement l'approche systémique pis axée sur les solutions. Fait que je vais travailler dans le systémique en arrière du jeune pis avec le jeune orienté vers les solutions parce que mon objectif premier c'est de réduire les idéations suicidaires. Fait que ça va arriver très souvent que je hum... je... je règle pas toute la situation dès le départ. T'sais, c'est sûr que je vais me concentrer sur l'urgence du risque suicidaire pis après ça en évaluant ça, en intervenant là-dessus je vais avoir plus d'information, je vais savoir quoi travailler pour maintenir la stabilité mais je vais essayer de diminuer le... le sentiment d'urgence autant de la famille que du jeune... pour ensuite pouvoir intervenir sur d'autres éléments. (P1)

Le travail de partenariat

Quoique certaines participantes nomment avoir l'impression de porter seules l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant, elles nous parlent toutes de différents partenaires de l'évaluation/intervention autour des EICS, qui sont impliqués dans une plus ou moins grande mesure selon les situations.

Outre les membres de leurs propres équipes, les partenaires suivants sont évoqués par les différentes participantes comme ayant une part d'implication dans le processus d'évaluation et d'intervention auprès des EICS : l'urgence de l'hôpital, les médecins, pédiatres et médecins de famille, les neuropsychologues, les pédopsychiatres, les équipes du milieu scolaire, les services de la DPJ, les services institutionnels (Tout programme où les enfants sont pris en charge), les services d'organismes communautaires, les centres prévention suicide, le service de police ainsi que la famille et les personnes significatives dans la vie de l'enfant.

Mais aussi les médecins c'est sûr, nous aussi dans le cadre des suivis, bien en pédiatrie sociale y a les médecins aussi là donc y a souvent ce travail-là avec les médecins puis les travailleurs sociaux. Ça peut être vraiment différents professionnels, t'sais oui je pense qu'il y a les professionnels, mais y a aussi les gens autour [...] C'est ça, finalement tout le monde. (P4)

Des participantes ont apporté des précisions quant à divers partenariats, lesquelles sont décrites dans les prochains paragraphe, de façon non exhaustive. Pour ce qui est de l'urgence hospitalière, la grande majorité des participantes nous informe que les enfants y sont référés en cas de haut risque de passage à l'acte suicidaire. Il peut s'agir d'une référence par l'intervenant rencontré dans quelconque service ou le parent peut aller lui-même à l'hôpital avec son enfant. Une participante nuance qu'elle voit l'urgence comme un service où elle fait simplement une référence plutôt qu'un réel partenariat alors qu'une autre avance que l'urgence de l'hôpital est un recours qui peut être à double tranchant en raison de l'intervention qui peut parfois y être traumatisante : « Vraiment. Vraiment. Ouais.

Fait que c'est ça on, on évalue bien parce qu'on se rend compte que finalement ça crée, j'ai, j'ai même eu des enfants qui sont sortis plus suicidaires [de l'hôpital]. » (P3)

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, plusieurs participantes nomment qu'elle peut être interpellée comme partenaire dans différents contextes, soit celui d'un enfant qui est référé par un autre service comme le Programme santé mentale jeunesse ou à la suite de la consultation à l'urgence hospitalière pour des comportements suicidaires. La pédopsychiatrie est perçue par les participantes comme un dernier recours, étant donné la difficulté d'accès : « Ben la pédopsychiatrie, je te dirais que c'est dernier recours, sont pas interpellés vraiment [rires]. » (P5)

Selon la majorité des participantes, les services en protection de la jeunesse, eux, peuvent être interpellés par les intervenants d'autres services dans des contextes où les actions pour protéger l'enfant ne sont pas prises par les parents (pour diverses raisons) ou lorsque les services sont incapables d'assurer la sécurité de l'enfant (pour diverses raisons). Les interventions peuvent prendre la forme d'un signalement à la DPJ, d'une demande de placement via la DPJ ou encore d'une co-intervention lorsque l'enfant est déjà suivi avec la DPJ en plus d'autres services : « Fait que c'est ça, fait qu'on n'a vraiment pas eu la réponse attendue des parents, on a signalé justement pour négligence puis tout ça, parce que c'était épouvantable. » (P7)

Le milieu scolaire de l'enfant en contexte suicidaire est mentionné par la majorité des participantes comme étant un partenaire d'intervention important. Il peut avoir différents rôles dans l'intervention, par exemple, il peut alerter les services psychosociaux de la présence de comportements suicidaires, collaborer à l'évaluation, collaborer à la mise en place du filet de sécurité – surveillance, intervention, suivi aux intervenants d'autres services, participer à un PSI (Plan de services individualisés) autour des besoins de l'enfant. Une participante avance même qu'à l'école, il est possible que l'enfant reçoive une évaluation du risque suicidaire par une psychoéducatrice. Selon le discours d'autres participantes, il semble que cela puisse dépendre de la formation des psychoéducatrices.

Quelques participantes nous parlent de la police comme pouvant faire partie des partenaires de l'intervention. Par exemple, les policiers peuvent faire une demande de service pour un enfant lorsqu'ils observent des comportements suicidaires ou encore ils peuvent intervenir lorsqu'un enfant se met en danger.

Quelques participantes nous parlent des centres de prévention du suicide de leur région comme d'un partenaire auquel elles peuvent faire appel, soit pour recevoir du soutien dans l'évaluation de la crise suicidaire, soit en tant que ressource faisant partie du filet de sécurité mis en place autour d'un EICS (ex : recommandations aux parents de contacter le CPS de leur région en cas d'urgence ou inquiétudes au niveau suicidaire chez leur enfant).

Les trajectoires de services

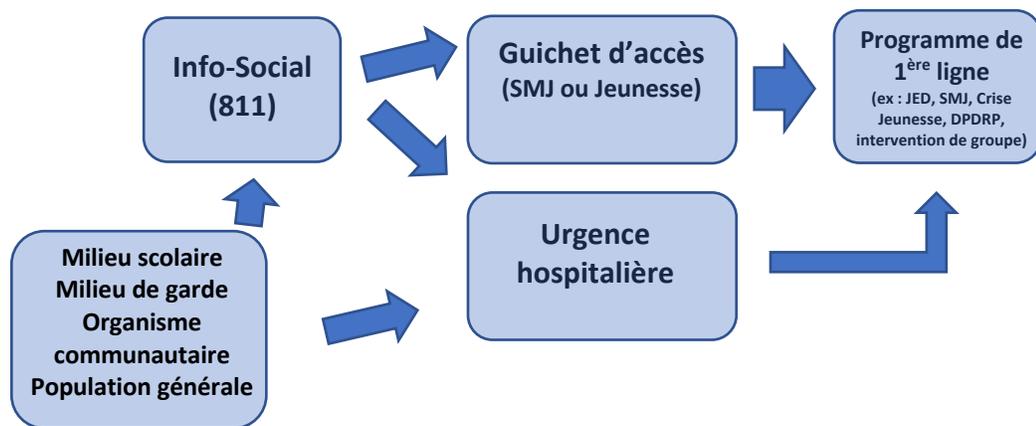
Les participantes nous parlent de plusieurs portes d'entrées dans les services que peuvent recevoir les EICS dans les Laurentides. En tout temps, l'enfant qui vit une crise suicidaire ou qui présente des comportements suicidaires peut demander de l'aide via l'Info Social (811, option 2), qui fera une intervention téléphonique afin d'évaluer la situation et qui pourra ensuite l'orienter vers le service approprié, soit vers le guichet d'accès aux services jeunesse de l'institution :

[...] mais t'sais la demande de service rentre toujours par le Guichet Jeunesse par info social... donc eux prennent le temps de rencontrer la jeune et d'évaluer le risque suicidaire. Ça c'est automatique, si on veut prioriser une demande ou si on veut s'assurer... T'sais, ça c'est les genres de situations où est-ce que on rencontre les jeunes systématiquement avant de compléter la demande de service pour ensuite les référer vers le meilleur endroit. (P1)

L'enfant peut ensuite être orienté vers le programme de Crise jeunesse ou encore vers le programme Jeunes en difficultés. En discutant avec des intervenantes du milieu communautaire, nous comprenons qu'il est aussi possible qu'un EICS reçoive des services

ailleurs qu'en milieu institutionnel, par exemple dans un centre de pédiatrie sociale en communauté. Puis, des participantes mentionnent aussi qu'il est possible que l'objet d'un signalement retenu à la protection de la jeunesse concerne des comportements suicidaires et donc que cela soit une porte d'entrée. Plusieurs participantes soutiennent que les idées et comportements suicidaires ont aussi pu émerger chez les enfants qui étaient préalablement en cours de suivi pour d'autres raisons dans leurs services.

De façon unanime, les participantes nous ont parlé des services institutionnels comme partenaires presque incontournables. À partir de leurs différents discours, nous pouvons dégager un exemple d'une forme de trajectoire de services publics où l'enfant reçoit de l'aide :



Cette trajectoire semble faire partie de ce qui est appelé la 1^{ère} ligne. Ensuite, des services plus spécialisés, dits de 2^{ème} ligne, peuvent être offerts si nécessaire, comme la pédopsychiatrie. On comprend aussi que d'autres organismes de services interpellent des programmes comme la Crise Adulte ou l'Info Social (811) en tant que partenaires de l'intervention dans le cadre du filet de sécurité. Dans un tel cas, ces derniers ne font pas nécessairement partie de la trajectoire de services offerts directement aux EICS. Puis, à n'importe quel moment, si la sécurité et le développement d'un enfant sont jugés comme étant compromis, la DPJ est interpellée. Il semble donc exister une forme de trajectoire de services offerts aux EICS par le CISSS ainsi que des services qui sont interpellés en cours d'évaluation/intervention pour faire partie du filet de sécurité mis en place.

Le degré d'aise, les sentiments générés et les valeurs des participantes

Le degré d'aise des participantes face à l'intervention en contexte suicidaire auprès des 12 ans et moins est à géométrie variable. Une majorité de participantes nous parlent d'un sentiment d'être, elles-mêmes, peu outillées face à l'intervention en contexte suicidaire auprès des jeunes enfants. Une minorité de participantes remarquent que, bien qu'elles se sentent assez outillées, l'intervention dans ces contextes génère de l'inconfort chez la majorité de leurs équipes. Le fait qu'il soit possible de se sentir à l'aise d'aborder la question du suicide avec un enfant, et à la fois se sentir peu outillée pour intervenir est amené par quelques participantes. De façon plus détaillée, les participantes disent ressentir plusieurs émotions qu'elles associent à ces interventions, soit du stress, de l'inquiétude, un sentiment d'urgence, de l'impuissance, un inconfort lorsqu'un vécu personnel est lié à la problématique, une peur des plaintes et de la couverture médiatique possible (particulièrement pour les intervenantes en DPJ), voire une certaine désensibilisation au phénomène. Les extraits suivants illustrent certains de ces émotions :

Bien je pense pas qu'il y a une intervention qui mette plus de pression que ça. T'es souvent en urgence, t'sais quand ça arrive un vendredi à 16h, que la moitié de ton équipe n'est plus là, que t'sais le jeune est parti. T'sais c'est l'école qui t'appelle pour dire : « ah ouai, y a dit ça aujourd'hui, mais là y est parti », Fait que là, y est rendu où? Y est chez eux, t'essaie de rejoindre les parents... J'pense pas que, à part peut-être aller témoigner au Tribunal [rires], non clairement même ça, ah, pour moi c'est le top 1 je pense. (P3)

Fait que là on a un jeune avec des idées suicidaires et là : « oh mon dieu, qu'est-ce que je fais, qu'est-ce que je fais, je veux pas qu'il meure, s'il meure je vais être en enquête, je vais passer aux nouvelles ». C'est une très très grande pression, très forte pression. Puis, on se sent comme : « Est-ce que je fais la bonne chose, est-ce que j'en ai assez fait, t'sais j'oublie tu quelque chose? » Puis, t'sais fait que, c'est ça, c'est tout ça cette impuissance-là. (P5)

C'est sûr qu'au niveau de t'sais... avec le temps on développe vraiment là, t'sais une maîtrise de soi-même, une capacité de... de... de gérer la situation avec vraiment beaucoup de... de calme et de... et de... de contrôle de soi... mais effectivement t'sais, c'est pas plus important nécessairement un enfant qu'un adulte et... et là, mais ça vient toucher quelque chose d'encore ... c'est tellement incompréhensible qu'un enfant de cet âge-là veuille en venir à s'enlever la vie... parce qu'il est trop souffrant, que oui ça crée une urgence... (P6)

Plusieurs participantes nous parlent aussi de certaines de leurs valeurs personnelles et professionnelles qui peuvent exercer une influence positive sur l'intervention en contexte suicidaire chez les 12 ans et moins. Le désir de collaboration, l'importance à la problématique, être à l'écoute de l'enfant, accorder de l'importance au lien de confiance, la rigueur, le respect, la bienveillance, l'empathie et le non-jugement ainsi que la transparence sont des valeurs qu'elles jugent facilitantes. Puis, l'opinion de l'intervenante par rapport au phénomène est évoquée par une minorité de participantes comme pouvant faciliter ou nuire l'intervention. Les extraits suivants le mettent en lumière :

Enfin, ça c'est le genre de situation où est-ce que je sais que ça me touche personnellement, fait que je vais en faire beaucoup pour les aider. Des fois, j'en fais trop, j'ai... J'av... j'vais dire que j'avais dans le sens que c'est quelque chose que je travaille beaucoup, je suis pas parfait à 100% encore là, mais t'sais c'est quelque chose que j'ai pris conscience pis que je fais beaucoup plus attention maintenant, mais j'ai tendance à m'investir beaucoup. (P1)

« Oui, on dirait, t'sais moi par rapport au suicide, j'ai pas de position par rapport à ça, tu comprends? [...] ça, ça, ça m'affecte mettons de sentir la détresse là des enfants puis tout ça, mais ça me met pas mal-à-l'aise. Je, t'sais je suis à l'aise de parler de ça, ça va pas contre mes valeurs, c'est, j'ai pas de position par rapport à ça. (P2)

Les enjeux liés à la pratique

Les participantes ont parlé de nombreux enjeux liés aux pratiques d'évaluation et d'intervention auprès des EICS, soit les facteurs qui facilitent les pratiques ou leur font obstacle. Parmi les enjeux mentionnés par les participantes, certains se situent davantage au niveau de la pratique en elle-même (ex : plus grande facilité à mettre un filet de sécurité autour d'un enfant que d'un adulte, difficultés logistiques et relationnelles dans les partenariats), certains concernent les environnements des enfants (ex : pas de centre de crise pour les enfants de 12 ans et moins), d'autres au niveau de l'organisation des services (ex : lacunes dans la communication au sein des équipes, problématique reconnue comme prioritaire par l'organisation, enjeux du manque d'accessibilité à la formation/accès à géométrie variable selon les équipes) et d'autres davantage sur le plan macro systémique (ex : la nouvelle gestion publique et ses impacts sur la qualité des interventions, la pression médiatique sur les intervenantes de la DPJ, etc.) La section suivante fait état de certains de ces enjeux.

Premièrement, les participantes voient une complexité dans la pratique auprès des EICS, d'une part parce que les situations de ces enfants sont elles-mêmes très complexes. L'un des aspects qui complexifie l'intervention concerne la possibilité que des verbalisations suicidaires soient en fait des appels à l'aide, sans intention suicidaire réelle, alors que d'autres peuvent en cacher une qui soit réelle. Certaines participantes nous font part de situations où des enfants ont pu utiliser la menace suicidaire pour obtenir des gains : « Et il y a eu des phases où est-ce que c'étaient des vraies idéations suicidaires pis d'autres fois où est-ce que c'est devenu des idéations pas suicidaires, mais des idées de provocations plus tard dans le suivi. » (P1)

À ce sujet, une participante amène une nuance intéressante : « ça devient un moyen aussi de pouvoir défier l'autorité ou de pouvoir prendre un peu du pouvoir. » (P2)

D'autre part, il semble que la lourdeur administrative associée à certaines demandes rendent l'intervention encore plus complexe :

[...] donc, on se fait rappeler pour nous dire qu'il manque une page. Je l'ai vécu justement il y a une semaine, là. Ça a pris genre quatre envois de courriels parce que le parent avait oublié une page, t'as deux parents séparés, donc t'as un parent qui a envoyé une partie mais qu'y'a pas envoyé une page; l'autre parent a oublié de me faire signer un document. Donc, c'est quand même assez complexe là les... les demandes. (P6)

Deuxièmement, pour plusieurs répondantes l'organisation des services autour des EICS présente des lacunes, en ce sens que les services seraient peu nombreux, difficiles d'accès et mal adaptés :

[...] il n'y a vraiment pas tant de ressources que ça, il faut le reconnaître. T'sais, il n'y a pas de centre de crise pour les jeunes. Il n'y a pas de t'sais... il n'y a pas les mêmes ressources que pour les adultes où est-ce que... t'sais, il y a plusieurs ressources au niveau suicidaire. C'est quelque chose qui manque. (P1)

Plus de la moitié des participantes évoque le roulement d'employés dans tout le réseau de la santé et des services sociaux, lequel n'est pas spécifique à la problématique ici en question, mais qui est décrit comme un enjeu ayant des impacts importants :

[rires] non, dans le réseau. Prends-moi, mettons depuis 5 ans j'ai eu tellement de collègues, des filles de mon âge qui ont juste démissionné, t'sais puis qui sont parties travailler ailleurs, fait que c'est ça. J'pense que oui, l'exode à la DPJ, mais je pense que y en a, t'sais c'est pas juste là que ça se passe là. J'pense là. (P2)

Les participantes évoquent aussi des enjeux relatifs aux ressources humaines et à la perte d'expertise dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le réseau de l'éducation. Elles mentionnent également que l'intervention en contexte suicidaire auprès d'un enfant demande une certaine intensité de services, rendue difficile à offrir dû à la surcharge de travail. Ces éléments semblent avoir un impact sur les pratiques et donc sur

la situation des enfants en contexte suicidaire. Ces défis, du moins ceux relatifs au réseau de santé et de services sociaux, semblent en lien, plus largement, avec l'organisation des services dans la région.

Troisièmement, pour de nombreuses participantes, la collaboration entre les partenaires est parfois un défi qui peut faire obstacle au partage de la responsabilité liée à l'intervention auprès d'un enfant en contexte suicidaire. Le défi semble présenter plusieurs facettes, soit organisationnelle ou macro (roulement d'employées, vide de services occasionné par les mandats, les services qui se lancent la balle au niveau des critères d'admission) ou encore concernant les pratiques d'intervention (manque de partage de responsabilité entre les intervenants de différents services impliqués, méconnaissance des rôles des services par les intervenantes, défi de mettre en place un filet de sécurité qui implique tous les acteurs entourant l'enfant). L'extrait suivant est évocateur au sujet de la collaboration avec les partenaires :

Puis là des fois y en a qui se renvoient la balle de dire : « bien là c'est un trouble d'adaptation, c'est pas de la santé mentale, on va le mettre en JED »
Là JED dit : « Bien non, t'sais c'est de la santé mentale faut que ça soit en santé mentale. » (P2)

Une minorité de participantes mentionne que le fait d'avoir une bonne connaissance des services assurés par les autres partenaires permet d'initier rapidement et efficacement les communications afin d'assurer une intervention concertée et fluide auprès de l'enfant en s'assurant que la sécurité de l'enfant soit mise à l'avant plan :

Puis ça c'est comme toujours l'espèce de, mais qu'est-ce qu'on fait? Nous on le sait là. Puis, t'sais ça fait partie de nos impressions dans nos notes de dire : « bien t'sais je l'ai faite ma grille, mais j'ai vraiment une impression que j'ai pas, j'ai pas la vraie vérité de ce qui se passe dans sa tête ». Fait que quand on n'arrive pas à travailler en partenariat puis à rendre un peu comme

tout le monde un peu plus disponible à accueillir ce jeune-là, bien c'est là que c'est drôlement dangereux. (P3)

Finalement, les participantes sont unanimes à considérer qu'il existe des lacunes dans la formation des intervenantes, et que les cursus scolaires devraient être revus :

[...] j'ai juste fait le BAC, mais au BAC, moi je sens vraiment pas que ça m'a préparé à l'intervention, pas juste par rapport à l'évaluation du risque suicidaire, je pense à travers toutes les, toutes, t'sais peu importe avec la clientèle avec laquelle j'avais travaillé, c'est loin je trouve de la pratique. Parce que t'sais mettons tu fais les cours là sur les approches puis tout ça, ok, mais moi ça me dit pas comment je travaille l'estime de soi là. T'sais oui je travaille mon savoir être, puis je travaille les habiletés puis tout ça, mais, ça me dit pas non plus qu'est-ce que je fais avec les jeunes suicidaires là. (P2)

Il est intéressant de rappeler que toutes les participantes n'ont pas la même formation et n'ont pas fréquenté les mêmes établissements universitaires, ni aux mêmes époques. Elles pointent aussi vers la formation continue, 6 d'entre elles soulignant qu'elle peut être difficile d'accès tout comme la formation spécifique en ce qui concerne la problématique chez les 12 ans et moins :

Bien non, puis même la formation du [centre de prévention suicide] que ce soit adulte ou enfant là, les deux, les groupes sont vraiment restreints. Fait que avoir la, t'sais on est, je me rappelle pu on est combien de TS au CISSS, mais on est une maudite gang, puis t'sais là-dedans je mets aussi les psychoéducateurs puis les éducateurs là qui doivent être formés. Fait que c'est vraiment pas accessible la formation. (P7)

À ce sujet, au moment des entretiens, seulement deux participantes semblent connaître une formation qui porte plus spécifiquement sur la problématique vécue chez les

12 ans et moins. Puis, une participante aborde un élément intéressant, à savoir qu'elle a constaté que la documentation pour s'informer ou s'outiller est quasi inexistante.

7.6 Les besoins des travailleuses sociales

Lorsqu'elles sont interrogées sur leurs pratiques, les participantes abordent leurs besoins spécifiques à leur pratique auprès des enfants en contexte suicidaire. Parmi les différents éléments identifiés, trois sont souvent mentionnés, soit l'outillage, la formation des intervenantes, ainsi que le renforcement des liens de travail de partenariat entre les différents acteurs impliqués dans la gestion de cette problématique lourde à porter.

En ce qui a trait aux outils, les participantes décrivent un besoin par rapport à différents types d'outils. Par exemple, certaines nous ont mentionné avoir besoin d'outils pour l'intervention alors que d'autres ont spécifié avoir besoin d'un outil d'évaluation standardisé et validé pour les jeunes enfants :

Puis je pense que, je crois que toutes les professionnelles qui ont été formées, t'sais quand on parle d'uniformiser, j'pense qu'on fait, à peu près pour vrai, toutes le même processus après avoir eu cette formation-là. Je, c'est vraiment assez bien bâti fait que je me dis une grille comme ça, pour les enfants. (P3)

Concernant la formation, le besoin des participantes concerne majoritairement la possibilité de recevoir une formation spécifique sur la problématique du suicide lorsque vécue chez l'enfant :

Bien oui. Mais je pense qu'au BAC on a besoin de trucs plus concrets. T'sais moi j'aurais aimé ça qu'on me présente des cas, qu'est-ce qu'on fait dans l'intervention. T'sais si je présente l'histoire de Martin là, t'sais qu'on fasse un peu, un peu des co-développement. T'sais un petit peu comme on fait dans les équipes, de dire t'sais si j'ai un cas, qu'est-ce que je peux faire?

Comment j'interviens? Je pense qu'on a besoin de coaching, puis la même chose là pour l'évaluation du risque suicidaire là, ça fait partie intégrante de la pratique de pas mal tout le monde en jeunesse là. (P2)

Puis, concernant les partenariats, les besoins peuvent se décliner sur plusieurs plans, soit ceux de développer un langage commun, d'acquérir une meilleure connaissance des rôles de chacun des professionnels avec qui les partenariats s'articulent ou encore d'un travail effectué d'emblée en co-intervention ou en partenariat lorsqu'il est question d'intervenir en contexte suicidaire. En fait, quoiqu'ils concernent différentes sphères, ces derniers éléments nous apparaissent tous traduire ce besoin de renforcer les liens avec les différents acteurs qui gravitent autour des enfants en contexte suicidaire. Une participante nous explique que lorsqu'elle a fait des demandes à ses supérieurs pour pouvoir bénéficier d'un co-intervenant, elles lui ont été refusées :

Répondante : Ça serait qu'on puisse faire de la co-intervention dans l'équipe.

Intervieweur : Okay. Vous pouvez... Y'a pas de co-intervention là?

Répondante : Ben, selon ce qu'ils disent, oui, mais quand on le demande, c'est refusé, à chaque fois. (P1)

7.7 Quand les travailleuses sociales pensent leurs pratiques

La présente section présente les différentes perceptions que nous ont partagé les participantes en lien avec leurs pratiques. Bien qu'aucune question spécifique n'ait été posée à ce sujet lors des entretiens, des réflexions et des pistes liées aux pratiques auprès des EICS émergent du discours des participantes.

Réflexions sur les pratiques

Au cours des entretiens, toutes les participantes ont insisté sur l'importance que la problématique soit toujours prise au sérieux :

Bien oui c'est inquiétant parce que tu te dis, il pourrait passer à l'acte en se disant : « c'est pas grave, t'sais je peux revenir » Puis, malheureusement les enfants, en jouant beaucoup aux jeux vidéos, c'est quelque chose qui revient de dire : « bien non, mon personnage de j'sais pas quoi dans Minecraft, t'sais chu mort 368 fois juste en fin de semaine, puis après on recommence à zéro. (P7)

De façon unanime aussi, elles ont parlé de l'importance que revêt le travail en partenariat dans les interventions auprès de ces enfants :

T'sais comme dans le sens que je trouve que c'est pas normal que la DPJ ils savent pas que nous on fait l'évaluation du risque suicidaire, t'sais comment tu peux bien référer aux partenaires si tu sais pas ce que le monde font? (P2)

Plusieurs ont aussi exprimé le désir d'être mieux formées :

Oui [c'est un enjeu], parce que justement si c'était fait durant le bac, après on n'aurait plus les enjeux organisationnels de simplement que c'est difficile de s'inscrire à une formation, puis que les places sont réduites donc que ça l'amène des délais quand même importants. Puis en même temps, je pense que dans certaines situations je me serais peut-être sentie un peu plus à l'aise malgré que comme j'ai mentionné c'est toujours une décision que je considère qui est prise en équipe le plus possible. (P4)

Puis, elles ont aussi discuté de l'importance de pouvoir partager la responsabilité que pose l'intervention chez l'enfant en contexte suicidaire (en équipe ou via le travail de partenariat) et de l'importance d'aussi intervenir auprès des parents.

Pistes pour la pratique

Presque la totalité des participantes ont parlé de pistes pour les pratiques d'intervention entourant le phénomène du suicide chez les enfants de 12 ans et moins. Certaines données se recourent ici aussi et il est possible d'entrevoir qu'elles puissent s'inscrire sous quatre grands thèmes, soit la reconnaissance sociale de la problématique, les pratiques d'intervention, les partenaires de l'intervention ainsi que le soutien et la formation.

Pour commencer, la question de la reconnaissance sociale de la problématique revient pour plusieurs participantes sous forme de pistes comme offrir de l'éducation par rapport au phénomène à la population générale et dans les écoles :

[...] puis justement c'est pour ça qu'il faut agir tôt puis il faut en parler comme on parlerait d'autres choses je pense, sans banaliser justement, mais en offrant un espace où c'est correct d'en parler, puis que ça fait partie de la vie, je pense que peut-être que ça serait gagnant à long terme. (P4)

Ensuite, des participantes se sont aussi exprimées concernant des pistes pratiques d'intervention comme l'idée d'avoir un outil offrant des balises pour l'évaluation et l'intervention :

Bien je pense, t'sais je parlais souvent des petites subtilités ou des petits indices, fait que je pense que ça serait bien l'ajouter à un genre d'outil, t'sais justement la conception de la mort, peut-être comment l'aborder, quel genre de questions on peut poser? Je pense que ça, ça serait bien d'une manière de formulaire certaines questions-là, globalement. [...] mais aussi les choses à faire, puis qu'est-ce qui peut aider là les facteurs de protection là si je peux dire. (P4)

Une minorité d'entre elles a parlé de pouvoir utiliser la co-intervention dans ces situations. Cela est évidemment en lien avec la lourdeur de la responsabilité qui est caractéristique de ces interventions, élément déjà abordé par plusieurs participantes :

Donc, t'sais pour moi, pour un jeune qui est suicidaire justement là, ça pourrait être bien des fois qu'on soit deux intervenants pour être capables d'intervenir sur tous les acteurs en même temps pis mettre la meilleure équipe autour d'un jeune. Ça réduirait la charge d'émotion de l'intervenant premièrement, pis deuxièmement ça nous permettrait de collaborer, de réfléchir à deux sur ce genre de situation-là parce que t'sais, c'est rarement des situations simples. (P1)

Aussi, la question de la formation et du soutien est encore ici mise de l'avant, et ce, par trois participantes :

Bon, fait qu'on va dire d'abord que t'sais que, à l'école les fondations des travailleurs sociaux, c'est là où est-ce qu'on naît là je veux dire, il faudrait que ça soit abordé, qu'on ait déjà des outils, qu'on soit pistés sur les réflexions. T'sais à l'université c'est beaucoup ça aussi là c'est nous amener à réfléchir, mais on nous amène pas à réfléchir à propos de ça, fait que j'pense que ça serait un bon point de départ. (P7)

J'pense aussi le fait que j'pense qu'il faudrait qu'il y ait quelque chose, un protocole mis en place t'sais plus pour soutenir mettons les intervenants [...] t'sais qu'est-ce qui se passe si y, quelqu'un décède ou, ou il se passe quelque chose de particulier, t'sais, juste minimalement qu'à l'interne on aille une ligne ou on peut appeler ou peu importe, que quelqu'un soit mandaté pour faire un suivi avec nous là je sais pas trop là, mais je pense que comme quelque chose de comme cet ordre-là. (P2)

Enfin, nous sentons chez les participantes un fort désir de solidifier, voire de créer des partenariats, par exemple en revoyant certaines modalités relatives à la confidentialité entre partenaires, ou encore dans le travail de réflexion, non moins important (ex : table de concertation) :

Puis t'sais souvent c'est dédoublé aussi là, la job qu'ils font à l'hôpital versus le CLSC versus les intervenants de l'école, si on se parlait plus, peut-être qu'on serait moins dans le jus parce que t'sais souvent on se rend compte 2-3 jours après que finalement soit l'évaluation avait déjà été faite par l'école ou que y a quelqu'un qui est déjà passé dans le dossier qui a, t'sais fait que si l'information était mieux transmise puis qu'il y avait une meilleure collaboration de tous les acteurs, ça pourrait aussi nous empêcher de dédoubler les services puis que on serait plus efficaces si on se donnait tous la main. (P7)

8. DISCUSSION

L'objectif principal de la présente recherche est de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention en contexte suicidaire auprès d'enfants de 12 ans et moins. Ce chapitre de discussion traite de l'analyse des résultats obtenus auprès de notre échantillon de recherche, ce à la lumière du cadre théorique choisi et des écrits disponibles. Il sera ainsi possible d'explorer les points de convergence, de divergence ou encore certaines nuances offrant un éclairage quant aux objectifs visés de la recherche.

La problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins selon la perception de travailleuses sociales

D'abord, si le phénomène du suicide chez les jeunes enfants demeure somme toute encore peu discuté ou difficile à adresser, l'impression que le nombre de cas rencontrés a augmenté dans les dernières années est partagée par l'ensemble des professionnelles rencontrées et trouve aussi appui dans les écrits récents (Burstein, Agostino et Greenfield, 2019; Lévesque, Rassy et Genest, 2022; Plemmons et *al.*, 2018). Il est aussi intéressant de constater que certaines travailleuses sociales ont relevé ce sentiment qu'elles assistaient à une augmentation des cas de façon plus vive en temps de pandémie, à la lumière de ce qui a été documenté jusqu'à maintenant dans les écrits scientifiques. C'est-à-dire que, même s'il ne semble pas possible de tirer présentement la conclusion que la pandémie soit directement liée à une hausse du phénomène du suicide chez les jeunes (Isumi, Doi, Yamaoka, Takahashi et Fujiwara, 2020; MSSS, 2022; Odd, Williams, Appleby, Gunnell et Luyt, 2021), des études ont documenté une hausse de la détresse psychologique et des symptômes de troubles mentaux chez certains groupes de la population au Québec (MSSS, 2022) et une augmentation des dépistages positifs des idéations et tentatives suicidaires dans un département d'urgence pédiatrique au Texas (Hill et *al.*, 2020). Des participantes ont toutefois apporté des nuances en soulevant le fait que d'autres facteurs ont pu influencer cette impression d'augmentation, comme le dépistage plus fréquent des comportements suicidaires chez les enfants, l'accessibilité à de la formation en prévention du suicide ou encore la médiatisation de cas d'enfants ayant passé à l'acte.

En ce qui a trait aux différents facteurs de risque identifiés par les participantes à notre recherche, il est possible de constater qu'ils font grandement écho à ce qui est documenté dans les écrits scientifiques, et ce, même si de nombreux écrits s'appliquent davantage aux adolescents et aux adultes. Néanmoins, certains écrits s'intéressant aux plus jeunes enfants font état de facteurs de risque individuels tel que des conditions psychiatriques, biologiques ou psychologiques (Bourdet-Loubère et Raynaud, 2013; Delamarre, 2013; Lake, 2013) ainsi que des facteurs de risque familiaux et sociaux (Berthod, et al., 2013; Delamarre, 2013; Deville et al., 2020; Gallagher et Daigle, 2008; Lake, 2013). En ce qui concerne les facteurs de risque environnemental, nos participantes ont mentionné l'intimidation ou la cyberintimidation comme d'un risque important chez les enfants. Même si le sujet demeure encore trop peu étudié, des auteurs ont mise en relation l'intimidation vécue par les jeunes et les comportements suicidaires (Alavi et al., 2017; Delamarre, 2013; Mitch Van Geel, Vedder et Tanilon, 2014; Rufino et Patriquin, 2019). De plus, à l'instar de ce qu'avancent Ruch et ses collègues (2021), nos participantes ont, unanimement, mis de l'avant que l'avènement de comportements suicidaires chez les enfants survient généralement lorsqu'il y a un effet d'accumulation de différents facteurs de risque. À ce sujet, Ruch et ses collaborateurs (2021) abordent la notion d'élément déclencheur pouvant précipiter une tentative de suicide, tout comme plusieurs des participantes rencontrées l'ont identifié. Un autre élément intéressant en lien avec les facteurs de risque concerne le sexe des enfants qui vivent la problématique, c'est-à-dire que, selon le discours des participantes, tant les garçons que les filles présentent des comportements suicidaires. Quoique les données sont peu nombreuses à ce sujet, les écrits disponibles sur la problématique suicidaire chez les jeunes enfants documentent peu ou pas de différences entre les sexes (Berthod et al., 2013; Deville, 2020).

De façon générale, les participantes ont peu parlé, de façon explicite du moins, des facteurs de protection entourant la question suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins. Cela peut être dû au fait qu'aucune question spécifique n'a été posée à ce sujet lors des entretiens. On peut supposer que pour les intervenantes rencontrées, l'inverse du facteur de risque est en soi un facteur de protection (ex : facteur de risque relié à la santé mentale fragile, si l'enfant présente une bonne santé mentale, alors il s'agit d'un facteur de

protection). Lorsque les participantes nous en ont parlé directement, elles semblent percevoir le soutien offert à l'enfant comme un facteur de protection, qu'il provienne du milieu familial, des services disponibles à l'école ou ailleurs. Nous constatons que dans les écrits, les facteurs de protection pour ces jeunes enfants sont également peu documentés.

En outre, il apparaît clair à l'analyse du discours des participantes que la question du suicide chez les jeunes enfants puisse encore constituer un tabou dans notre société. Les résultats de la présente recherche font ressortir que, tant parmi les professionnelles qui œuvrent auprès de ces enfants (travailleuses sociales, intervenantes, personnel scolaire, etc.) que parmi les familles ou la communauté, la problématique suicidaire, lorsque vécue chez le jeune enfant, suscite des réactions diversifiées qui vont de la banalisation au bouleversement. Delamarre (2013) amène un éclairage intéressant à ce sujet, à savoir qu'il est possible que cette problématique se heurte à l'idéalisation qu'on se fait de la période qu'est l'enfance. De façon générale, il a fallu attendre de nombreuses années avant que la problématique du suicide, même chez l'adulte, soit reconnue comme un problème de santé publique plutôt que relevant de la criminalité (Spiwak et *al.*, 2018). Pour ce qui est des jeunes enfants, ce n'est qu'assez récemment que la documentation gouvernementale stratégique a fait état de l'importance de s'y attarder spécifiquement. Nous pouvons par exemple faire mention du *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (MSSS, 2021) qui est maintenant disponible pour les intervenantes, même si au moment de nos entretiens avec nos participantes, aucune ne semblait être au fait de son existence. À la lumière de nos résultats de recherche et des écrits disponibles, nous pouvons penser qu'il s'agit-là d'une conséquence du manque de reconnaissance sociale de la problématique.

Les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention en contexte suicidaire auprès d'enfants de moins de 12 ans

Lorsqu'elles sont interrogées sur leurs interventions auprès des enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, les participantes font état de pratiques, voire de protocoles, qui seraient en développement dans leurs différents milieux d'intervention. Du discours des participantes sur leurs pratiques, il est possible de dégager deux temps, soit celui de

l'évaluation du risque suicidaire et celui de l'intervention de suivi qui vise à soutenir l'enfant et sa famille face aux éléments identifiés comme générant la détresse de l'enfant. Ces deux temps dans les pratiques ne s'articulent pas de façon linéaire, en ce sens qu'il peut être nécessaire, par exemple, de ré-évaluer le risque à certains moments de l'intervention de suivi. Dans le cadre de la présente discussion, il est important de rappeler que, puisqu'il s'agit d'une recherche à caractère exploratoire et non un relevé exhaustif des pratiques qui ont cours, si certains éléments n'ont pas été abordés avec les participantes, cela ne veut pas automatiquement dire qu'ils sont absents de leurs pratiques.

Concernant l'évaluation du risque suicidaire, les participantes nous ont décrit des pratiques qui présentent de grandes similitudes avec ce qui est fait de façon générale au Québec auprès des jeunes plus âgés, soit une évaluation qui s'appuie sur la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire chez les personnes âgées de 14 ans et plus (Lane et *al.*, 2010). Cependant, des particularités spécifiques aux plus jeunes enfants semblent se dessiner. En effet, toutes les participantes nous ont parlé de la nécessité d'adapter leur évaluation en fonction, par exemple, de l'âge développemental de l'enfant ou encore de la conceptualisation que se fait l'enfant de la mort et du suicide. Plusieurs auteurs, issus d'autres disciplines que le travail social, identifient également ces spécificités chez les enfants (Delamarre, 2013; Lake, 2013; Maltais, 2020; Vandevoorde, 2014, 2015). Aussi, nos résultats de recherche mettent en lumière que les participantes croient qu'il est primordial que l'évaluation du risque suicidaire soit effectuée directement auprès de l'enfant, en rencontre individuelle, en plus de rencontrer les parents (et/ou les donneurs de soins principaux). Nos résultats sont ainsi en concordance de l'étude de Deville et ses collègues (2020), qui a permis de relever que, dans de nombreux cas, le parent ou le donneur de soins n'avait pas eu connaissance d'une partie ou de l'ensemble des comportements suicidaires rapportés par l'enfant. Ce constat amplifie l'importance d'évaluer le risque suicidaire directement auprès de l'enfant plutôt que seulement auprès du parent. Maltais (2020) discute de la tendance des parents à minimiser les inquiétudes des enfants comme exerçant une influence sur l'évaluation du risque suicidaire et de l'importance, en conséquence, de s'intéresser à la façon dont l'enfant perçoit sa détresse. À ce sujet, Maltais (2020) précise que cette tendance à minimiser peut s'expliquer par le

fait que certains parents, comme certaines intervenantes, peuvent se sentir inconfortables, être souffrants eux-mêmes ou encore craindre que la DPJ soit interpellée. Cela dit, selon nos participantes, l'intervention en soutien direct auprès des parents des EICS demeure incontournable. Nous avons d'ailleurs constaté que des documents gouvernementaux portant sur la prévention du suicide traitent de la nécessité d'intervenir non seulement auprès des jeunes, mais aussi auprès de leur famille, de leurs proches et de leur entourage (MSSS, 2021; MSSS, 2022).

Lorsque sont abordés les outils d'évaluation, il semble que les participantes n'ont aucun outil validé auquel se référer, mais qu'elles utilisent, pour la plupart, des éléments de la grille développée par Lane et ses collègues (2010) en les adaptant aux spécificités de l'enfant. Notons que le *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (MSSS, 2021) n'a été mentionné par aucune des participantes avec qui nous nous sommes entretenues après sa sortie en avril 2021. Toutefois, nous avons pu constater que la plupart des pratiques d'évaluation décrites par les participantes sont comparables à celles suggérées dans ce guide, même si celui-ci n'est pas un outil validé. En fait, la recension des écrits scientifiques ne fait état que de très peu d'outils d'évaluation ou de dépistage conçus spécifiquement pour les enfants de 5 à 14 ans (Heise, York et Thatcher, 2016) et encore moins, d'outils qui soient validés. Outre l'*ASQ*, validé auprès de jeunes de 10 à 21 ans, aussi validé en langue française auprès d'une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgence pédiatrique, notre recension des écrits n'a permis d'identifier aucun autre outil validé pour l'utilisation auprès de jeunes enfants en contexte de première ligne. La rareté des outils disponibles pourrait expliquer le fait que des travailleuses sociales chargées d'évaluer le risque suicidaire chez les enfants de moins de 12 ans choisissent d'adapter certains outils validés pour les enfants plus âgés ou même les adultes.

En ce qui a trait aux approches d'intervention mises de l'avant, il est intéressant de constater que les participantes, même si elles provenaient de différents milieux de pratique ou avaient des formations initiales différentes, ont toutes mentionné utiliser une approche systémique, évidemment déclinée de façon qui peut différer selon chacune. Ainsi, travailler

en collaboration avec les différents acteurs autour des enfants (autres services, milieux scolaires, parents, etc.) et agir sur les différents environnements qui contribuent à leur détresse est un incontournable dans leurs pratiques d'évaluation et d'intervention. À ce sujet, notre recension des écrits a permis de relever certaines interventions prometteuses auprès d'enfants et/ou adolescents, lesquelles présentent selon nous un caractère systémique. Par exemple, Douglas et ses collaborateurs (2021) notent l'intervention familiale *Multidimensiona Treatment Foster Care*. Notons également le plan de sécurité (Erbacher et Singer, 2018), lequel fait d'ailleurs grandement écho au filet de sécurité rapporté par de nombreuses participantes à notre recherche.

En outre, nous avons pu comprendre qu'il semble que toutes les intervenantes rencontrées puissent ne pas présenter le même degré d'aise face à l'évaluation et l'intervention auprès des jeunes enfants en contexte suicidaire. Quoique la taille de notre échantillon de recherche soit modeste, les participantes nous ont parlé non seulement d'elles-mêmes, mais aussi de ce qu'elles pouvaient observer de façon générale sur le terrain. C'est-à-dire que de nombreuses travailleuses sociales, autres intervenantes et professionnelles chargées d'intervenir auprès des EICS, de près ou de loin, pourraient ne pas se sentir à l'aise ou suffisamment outillées pour faire face à de telles situations. À ce sujet les écrits disponibles font aussi état d'un manque de confiance et de formation face à ce contexte d'intervention chez diverses professionnelles (Mirick, Berkowitz, Bridger et McCauley, 2020; Schmitz et *al.*, 2012). De plus, il est intéressant de mettre en lumière que ce constat est aussi fait par Maltais (2020) du côté d'infirmières, une autre discipline souvent appelée à évaluer le risque suicidaire chez les enfants. De façon générale, nos participantes ont mentionné que peu de formation était disponible concernant cette problématique spécifique. Or, les écrits nous donnent des indices que la formation pourrait contribuer à augmenter le degré d'aisance face à l'intervention en contexte suicidaire et produire des changements positifs dans la pratique de travailleuses sociales en santé mentale (Mirick, Berkowitz, Bridger et McCauley, 2020). Il est aussi à noter que la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 (MSSS, 2022) prévoit une mesure visant la prévention de la fatigue de compassion chez les intervenantes chargées d'intervenir auprès des personnes présentant des comportements suicidaires, laissant voir

que la lourdeur de cette tâche est reconnue par l'État. À titre de précision, la fatigue de compassion est un état d'épuisement qui peut survenir chez la soignante qui est fréquemment exposée à des souffrances et détresses intenses, pouvant la mener à une hypersensibilité et une tolérance moindre envers les émotions des personnes qu'elle aide (Lebel, 2015). Puis, il semble que le fait d'avoir une expérience personnelle en lien avec le suicide puisse aussi avoir influencé le degré de confiance face à l'intervention en contexte suicidaire auprès des enfants chez quelques-unes de nos participantes (ex : le suicide d'un proche, avoir un enfant qui a présenté des comportements suicidaires, etc.) Dans sa thèse doctorale portant sur les pratiques d'infirmières en matière d'évaluation du risque suicidaire chez les enfants, Maltais (2020) relève aussi que les expériences personnelles en lien avec le suicide puissent influencer l'évaluation du risque suicidaire, par exemple en amenant une surévaluation du risque ou encore une hypervigilance.

En bref, ce qui émerge des données recueillies portant sur les pratiques des participantes, c'est que les travailleuses sociales et autres professionnelles occupant des postes aux fonctions similaires sont appelées à effectuer l'évaluation et à intervenir en première ligne auprès des EICS. Ces interventions des travailleuses sociales auprès des personnes présentant un risque suicidaire, tout âge confondu, est peu documentée (Petrakis et Joubert, 2013) alors qu'il s'agit bel et bien de tâches qu'elles doivent accomplir (Chan, 2018; Mirick, Berkowitz, Bridger, et McCauley, 2020).

Le continuum de services offerts aux EICS

Même le discours des participantes permet de faire émerger un certain continuum ou une trajectoire de services dans le réseau public de santé et de services sociaux, il semble qu'en fait, peu importe la ressource vers laquelle l'enfant qui vit avec des comportements suicidaires se tourne, il sera pris en charge. C'est-à-dire que l'intervenante, peu importe son milieu d'intervention (public, privé, communautaire) se doit d'intervenir, dans une plus ou moins grande mesure (évaluation, référence, filet de sécurité, etc.), lorsqu'elle se trouve face à un EICS.

À la lumière du discours des participantes, de la recension des écrits ainsi que de notre propre connaissance de l'intervention auprès d'une population « jeunesse », il nous apparaît incontournable d'évoquer l'importance que revêt la collaboration entre les divers partenaires, particulièrement les milieux scolaires, en matière de prévention, d'évaluation et d'intervention auprès des EICS. La recension des écrits fait d'ailleurs état de certains bénéfices en termes de prévention du suicide chez les jeunes découlant d'interventions collaboratives impliquant le milieu scolaire, entre autres partenaires (Erbacher et Singer, 2019; Kong et Kim, 2016; Walrath, Garraza, Reid, Goldsten et McKeon, 2015).

Certaines nuances sont toutefois à observer, par exemple en ce qui a trait à l'hospitalisation, le milieu hospitalier étant un partenaire de l'intervention généralement impliqué lorsqu'il y a une grande imminence d'acte suicidaire chez l'enfant ou encore lorsqu'une tentative survient. Une certaine réserve avancée par une des participantes, aussi débattue dans les écrits, est à l'effet que cette intervention puisse générer du tort dans certains contextes. Alors que l'hospitalisation est recommandée lors de crises suicidaires (Berthod, Giraud, Gansel, Fourneret et Desombre, 2013; Delamarre, 2013; Vandevoorde, 2015), malgré certaines critiques (Vandevoorde, 2015), elle peut tout autant être identifiée comme contributive à une plus grande sévérité des idéations suicidaires ou comme indicateur d'une tentative de suicide future (Czyz, Berona et King, 2016 dans Jobes et *al.*, 2019).

Les besoins spécifiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès des EICS

Comme nous l'avons évoqué brièvement plus haut, les écrits scientifiques portant sur le rôle que jouent les travailleuses sociales dans la prévention du suicide nous indiquent qu'elles pourraient ne pas être suffisamment formées (Schmitz et *al.*, 2012). Dans le cadre de la présente recherche, les participantes ont mentionné n'avoir d'autres besoins qu'en termes de formation de base dans le cursus universitaire, de formation continue spécifique aux enfants qui présentent des comportements suicidaires et d'outils d'évaluation et d'intervention spécifiques. En effet, elles croient que de façon générale, les travailleuses sociales et autres intervenantes ont besoin de recevoir des cours spécifiques dans leur

formation universitaire initiale (en travail social et en criminologie), ce qui permettrait d'être davantage préparées à la réalité du terrain. D'ailleurs, l'importance de rendre la formation en prévention du suicide accessible aux travailleuses sociales et de l'inclure dans le cursus universitaire obligatoire est appuyée par l'étude de Mirick et ses collaborateurs (2020). Puis, il est intéressant de constater que la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 (MSSS, 2022) prévoit un chantier permettant d'évaluer la possibilité d'inclure une formation sur le repérage et l'intervention auprès des personnes présentant des comportements suicidaires dans la formation initiale des professionnels et intervenants, incluant les médecins et les infirmières. Les participantes à notre recherche ont aussi mentionné que l'accès à une formation continue sur le risque suicidaire semble difficile, et ce même pour celle dédiée à la prévention chez les 14 ans et plus. Quant à une formation spécifique pour l'intervention auprès des 12 ans et moins, une participante mentionne qu'une nouvelle formation serait disponible, mais si c'est bien le cas, les autres participantes n'en connaissent pas l'existence. Cela nous amène à penser que si une telle formation existe, elle devrait être rendue disponible à l'ensemble des professionnelles du réseau. En ce qui concerne spécifiquement la région des Laurentides, des recherches n'ont permis d'apprendre qu'une formation pour l'intervention auprès des jeunes de 14 ans à 18 ans, est offerte par le Centre prévention suicide Faubourg (2022).

Ces éléments nous paraissent avoir beaucoup de sens avec d'autres éléments issus du discours des participantes, à savoir le fait que les travailleuses sociales sont finalement souvent au premier rang de l'évaluation et de l'intervention auprès des enfants en contexte suicidaire et que ces enfants sont, finalement, « partout » (P2). C'est donc dire qu'effectivement, on peut penser que la plupart des travailleuses sociales ou d'autres intervenantes sociales qui occupent des postes similaires seront, à un moment ou un autre au courant de leur pratique, confrontées à l'intervention auprès de ces enfants, qu'elles travaillent ou non dans le domaine de la jeunesse. En effet, comme certaines participantes l'ont mentionné, s'il arrive qu'en cours de suivi avec un enfant, on réalise que le parent est en contexte suicidaire lui aussi, se pourrait-il aussi que l'inverse soit possible, soit que, même pour une intervenante qui intervient auprès d'adultes, elle découvre que l'enfant de cette personne présente des comportements suicidaires et qu'elle doit finalement

intervenir auprès de lui? Il apparaît donc important de souligner l'importance d'aussi outiller et former les intervenantes qui travaillent en santé mentale auprès des adultes afin qu'elles soient sensibilisées à cette possibilité.

Les enjeux et les défis à la pratique

Il convient de dire que la pratique décrite par les participantes auprès des EICS comporte des enjeux qui lui sont spécifiques, et des enjeux qui relèvent d'autres types de pratiques. Concernant les enjeux spécifiques, sans y revenir de façon détaillée, nous insistons sur la complexité de l'intervention en contexte suicidaire auprès des jeunes enfants. Cette complexité est, d'une part, amenée par la difficulté à distinguer les verbalisations suicidaires de ce que Vandevorde (2015) appelle la menace suicidaire, d'une verbalisation suicidaire présentée par l'enfant pour obtenir des gains. À ce sujet, l'une de nos participantes a mentionné une nuance intéressante, à savoir que l'enfant qui utilise la menace suicidaire pourrait aussi bien être perçu comme tentant de répondre à son besoin de prendre du pouvoir sur une situation dans laquelle il vit de la détresse. À l'instar de ce qui est recommandé pour la pratique (MSSS, 2021), les participantes ont mentionné que tout type de verbalisations devait être pris au sérieux.

Cela nous amène à discuter d'un autre enjeu spécifique, soit la reconnaissance de la problématique du suicide lorsque vécue chez le jeune enfant. Le manque de reconnaissance sociale se traduit par le fait que la question du suicide chez l'enfant est encore taboue dans la population générale ou encore par le refus de certains acteurs (parents, milieux scolaires, milieux de loisirs, services, etc.) de reconnaître qu'un enfant puisse réellement présenter des comportements suicidaires. Ce manque de reconnaissance sociale se traduit aussi dans le fait qu'encore si peu d'études se penchent sur le sujet, et que même les études disponibles se concentrent majoritairement sur des tranches d'âge autres que celles des 12 ans et moins (Berthod, et al., 2013). Les travailleuses sociales ne bénéficient en conséquence que de très peu de documentation scientifique sur laquelle appuyer leurs interventions. Il y a donc lieu de se questionner à savoir si l'absence de reconnaissance sociale de la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins a un effet sur les réponses sociales offertes à ces enfants et leurs familles. Ce traitement

apparaît visible tant dans les services offerts (services peu accessibles et rares) aux enfants que dans les autres environnements (ex : milieu scolaire peu outillé) dans lesquels ils évoluent. Peut-on alors penser que le manque de reconnaissance sociale peut être vu comme un facteur de risque pour ces enfants en contexte suicidaire?

Au nombre des enjeux non spécifique à la problématique, mais qui ont un impact certain sur les pratiques des travailleuses sociales, notons la surcharge de travail et l'épuisement professionnel qui en découle, tel que rapporté par les participantes. L'augmentation de la charge de travail des travailleuses sociales amenée par la nouvelle gestion publique dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec (Grenier et Bourque, 2016) semble avoir été exacerbée encore davantage en contexte de pandémie (Grenier et *al.*, 2022) et nous ne pouvons passer sous silence le fait que cela pose des défis pour la pratique, y compris celle ayant cours auprès des EICS. Il émerge également des résultats obtenus qu'il soit possible que cette surcharge et cet épuisement puissent transcender le réseau public et faire sentir ses effets dans les secteurs communautaire et privé, mettant en évidence les interrelations entre ces divers systèmes.

Enfin, on peut constater que les participantes ont davantage tendance à identifier des enjeux faisant obstacle à leur pratique. On remarque que le terme « enjeu » est souvent associée, dans le discours des participantes, à un obstacle. Il semble pertinent ici de se demander si pour cette raison, même lorsque les questions portent sur les facteurs qui facilitent la pratique, certaines participantes parlent tout de même des obstacles. Cela dit, il se pourrait aussi que, vu l'état du réseau de la santé et des services sociaux actuel, de la pandémie, combinés à l'absence de reconnaissance de la problématique du suicide chez les enfants de façon générale, il y ait bel et bien davantage d'obstacles que de facteurs facilitant la pratique.

Pistes d'intervention et de réflexions

À travers les réflexions des participantes, exprimées à voix haute et basées sur leurs pratiques respectives, elles identifient en quelque sorte des aspects qu'elles considèrent importants, voire nécessaires. Elles présentent leurs perceptions du phénomène et à certains égards, on peut y déceler une analyse critique. Il est intéressant de constater que leurs

réflexions s'inscrivent à différents niveaux, soit celui de l'intervenante elle-même (l'influence des caractéristiques personnelles de l'intervenante), celui de l'intervention en contexte suicidaire auprès de l'enfant (la problématique du suicide chez l'enfant vue comme le symptôme d'un dysfonctionnement de son environnement, les défis d'intervention que pose le phénomène lorsqu'il est récurrent chez un même enfant), celui de l'intervenante en relation avec l'enfant et sa famille (l'importance d'aussi intervenir auprès du parent), celui de l'intervenante en relation avec les autres intervenants/acteurs (l'importance du travail de partenariat et du partage de responsabilité), de l'intervenante en relation avec son organisation (l'importance d'être formée en prévention du suicide, l'influence du contexte organisationnel sur la pratique), celui finalement de la reconnaissance sociale de la problématique (taboue, peu reconnue, encore peu d'écrits scientifiques s'y intéressant). D'ailleurs, il apparaît très intéressant de constater que l'absence de reconnaissance sociale, voire le tabou entourant le phénomène puisse avoir des impacts directs sur les pratiques décrites par les participantes, lesquels sont à ce point déterminants qu'elles en parlent explicitement. Cette recherche exploratoire n'a permis que d'effleurer cette problématique et il apparaît que la discipline du travail social, par sa fine compréhension de la personne et de son environnement, peut certainement contribuer au développement de la recherche dans une visée d'amélioration des pratiques spécifiques auprès des EICS.

Enfin, il semble que les pistes mentionnées par les participantes au sujet de leurs pratiques puissent avoir des liens forts avec leurs réflexions sur celle-ci ainsi qu'avec leurs besoins, ce qui à notre sens, est attendu. Parmi les pistes décrites par nos participantes, il est possible d'aussi voir émerger certains éléments qui trouvent écho dans la documentation stratégique gouvernementale, comme la nécessité de soutenir les parents dans le cadre de l'intervention auprès des EICS. Cela peut être mis en lien avec l'action 4.7 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 qui met de l'avant et priorise « l'accès aux services en santé mentale et dépendance pour les parents d'enfants suivis dans le réseau de la santé et des services sociaux lorsque l'absence de ces services pourraient limiter la portée des interventions offertes à ces enfants et à leur famille » (MSSS, 2022, p.46). Puis, tout comme les participantes ont mentionné l'importance du

travail de collaboration dans la prévention du suicide chez les enfants, on sent aussi dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 une volonté de renforcer le travail de partenariat entre les différents services et secteurs, entre autres via la mesure 2.1 qui vise à renforcer le partenariat entre l'Info-Social (811) et les services de premiers répondants (MSSS, 2022).

Finalement, nous constatons que les résultats obtenus mettent en valeur la pertinence du cadre théorique écologique (Bronfenbrenner, 1979; 1986) pour l'analyse du discours des participantes. Cette lunette d'analyse, à travers laquelle nous avons examiné les pratiques de travailleuses sociales telles qu'elles les perçoivent, nous a permis de déceler que des interrelations dynamiques existent bel et bien entre les professionnelles rencontrées, leurs pratiques d'évaluation et d'intervention et tous les autres environnements concernés. En effet, les professionnelles rencontrées considèrent la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins de même que leurs pratiques auprès d'eux comme revêtant un caractère très écosystémique et la très grande majorité utilisent d'ailleurs l'approche systémique dans leurs interventions. Par exemple, lorsque l'on explore leurs perceptions de la problématique du suicide chez les enfants, on comprend qu'elles considèrent que de nombreux facteurs, tant individuels que familiaux, organisationnels ou sociétaux, s'interinfluent et peuvent mener à l'apparition ou à la résorption des comportements suicidaires chez les jeunes. De la même façon, les résultats nous permettent de voir que les pratiques d'évaluation et d'intervention des participantes sont aussi en constante interaction avec leurs propres caractéristiques personnelles, leurs milieux de pratique et des éléments de l'*Exosystème* relatifs à l'organisation des services (LPJ, LSSS, listes d'attente, etc.) ou encore des éléments à l'échelle du *Macrosystème* (survenue de la pandémie, différents dispositifs gouvernementaux, etc.) Puis, les résultats nous permettent d'identifier différents éléments du *Macrosystème* (Passage des enfants dans les services, historique des comportements suicidaires, intervention de crise et post-crise, etc.) qui agissent en interaction avec les autres environnements, toujours de façon dynamique et non linéaire. Bref, ce cadre théorique écologique sous-tend tous les éléments d'analyse des résultats ici discutés.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de documenter les pratiques de travailleuses sociales, et d'autres professionnelles occupant des fonctions similaires, en matière d'évaluation et d'intervention en contexte suicidaire auprès d'enfants de moins de 12 ans. Quoique de nature exploratoire, cette recherche a permis de répondre aux objectifs spécifiques soit : 1) de documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales, 2) de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, 3) de documenter le continuum de services offerts à ces enfants, 4) d'identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) de documenter les besoins de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès de ces enfants. Dans cet ultime chapitre, nous traitons des apports de cette recherche, de sorte à pouvoir, humblement, formuler des recommandations tant pour la recherche, la pratique, la formation et les décideurs.

Les apports de la présente recherche

Malgré son caractère exploratoire, ce mémoire contribue à documenter la problématique des comportements suicidaires chez les enfants. Cette contribution est d'autant plus à souligner qu'elle est spécifique à la discipline du travail social. En effet, le corpus de connaissances scientifiques disponibles à ce jour sur la problématique provient majoritairement d'autres disciplines, comme la médecine, la psychologie ou encore la psychiatrie et cela, alors que les travailleuses sociales se retrouvent bien souvent au premier rang des services disponibles s'adressant aux enfants en contexte suicidaire (Chan, 2018; Mirick, Berkowitz, Bridger et McCauley, 2020; Petrakis et Joubert, 2013). Notre recherche, quoique modeste, permet d'en apprendre davantage sur le phénomène du suicide chez les jeunes enfants et sur les pratiques qui ont cours en travail social. Elle s'inscrit aussi en cohérence avec certaines mesures contenues dans les orientations gouvernementales québécoises de prévention du suicide 2022-2026, qui vise à soutenir les stratégies permettant de restreindre les moyens de passage à l'acte (MSSS, 2022). Effectivement, en contribuant à la documentation du phénomène tel que perçu par des travailleuses sociales, nous souhaitons ainsi participer aux efforts de mieux le prévenir. En ce sens, la mesure 4.1

de la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 vise le soutien à la recherche pour adapter des pratiques prometteuses (MSSS, 2022) et l'axe 7.1 du PAISM 2022-2026 vise à soutenir la recherche en santé mentale (MSSS, 2022). Ces éléments traduisent clairement les besoins accrus en termes de recherche sur ce phénomène encore méconnu.

Aussi, la réalisation de ce mémoire a permis de documenter une réalité ayant cours dans les Laurentides alors que des données scientifiques indiquent que cette région sociosanitaire fait partie de celles où le taux de suicide est plus élevé que dans le reste du Québec, tout comme les régions du Nunavik, de l'Abitibi-Témiscamingue et de Chaudières-Appalaches (Lévesque, Rassy et Genest, 2022).

Enfin, ce qui paraissait être un défi au départ, soit le temps attribué au recrutement de différentes professionnelles pour participer à la recherche, s'est finalement avéré être un avantage. En effet, avec le recul, le fait que le terrain de recherche s'étale ainsi dans le temps a peut-être permis de documenter encore mieux les pratiques puisqu'elles sont en constante évolution, laquelle est parfois plus rapide qu'on l'imagine. Ce faisant, il a été possible de cerner certaines implications pour la recherche, la pratique, la formation et même le législateur, lesquelles sont présentées dans la section qui suit.

Implications

L'un des éléments saillants mis en lumière, tant par la recension des écrits que par l'analyse des résultats, est que la problématique du suicide chez les jeunes enfants en est une qui comportent plusieurs spécificités. Ces dernières ont trait non seulement aux manifestations de la problématique chez les enfants et aux facteurs de risque et de protection associés, mais également aux pratiques en travail social qui sont à développer. Il apparaît ainsi primordial de mieux comprendre le phénomène et ses différentes dimensions, ce qui nécessite de promouvoir davantage la recherche s'intéressant spécifiquement à la problématique des enfants de 12 ans et moins aux prises avec des idéations suicidaires ou à risque de le devenir. Par exemple, il semble important que de futures recherches s'intéressent, entre autres, aux facteurs de protection en présence chez les enfants de 12 ans et moins en lien avec la problématique suicidaire.

Pour les pratiques elles-mêmes, considérant le fait que l'évaluation du risque suicidaire relève de la tâche, entre autres professionnels, des travailleuses sociales, et ce peu importe auprès de quelle population elles œuvrent, il serait intéressant de se questionner à savoir si la prévention du suicide devrait être incluse directement dans leur formation universitaire initiale. De plus, il semble que la formation que reçoivent les travailleuses sociales, comme d'autres professionnelles chargées d'évaluer et d'intervenir auprès des EICS, semble insuffisante. Le nombre d'enfants de 12 ans et moins aux prises avec cette problématique semble être en augmentation (Burstein, Agostino et Greenfield, 2019; Lévesque, Rassy et Genest, 2018; Plemmons et *al.*, 2018) et ceux-ci peuvent se présenter dans n'importe quels secteurs de services (services sociaux publics, services communautaires, services scolaires, etc.) et ce, à n'importe quelle étape de suivi (s'ils sont déjà en services). Cela nous amène à questionner la formation en prévention du suicide actuellement offerte, puisqu'aucune qui soit spécifique aux EICS n'est actuellement accessible aux professionnels appelés à intervenir auprès d'eux

Puis, il est apparu clairement dans le discours des participantes que le tabou entourant la question du suicide est encore bien présent, particulièrement lorsqu'il s'agit de jeunes enfants. À la lecture des différents documents stratégiques gouvernementaux, on peut constater une évolution certaine vers la reconnaissance de la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins. En outre, la recension des écrits et l'analyse des résultats de la présente recherche mènent à souligner l'importance que des mesures spécifiquement aux enfants de 12 ans et moins soient mises de l'avant afin d'une part, de contribuer à une meilleure reconnaissance sociale de la problématique et, d'autre part, de favoriser l'accès des travailleuses sociales à des moyens concrets pour soutenir ces enfants et leurs familles, et ainsi améliorer l'accès aux services pour ces enfants. Enfin, il a été possible de mettre en lumière que des enjeux organisationnels, pourtant documentés depuis des années et majoritairement en lien avec l'arrivée de la NGP dans le réseau public, peuvent avoir un impact sur la qualité des services offerts aux EICS.

Pour conclure, si cette recherche peut contribuer aux connaissances scientifiques sur la problématique du suicide chez les enfants de 12 ans et moins ainsi qu'au développement des pratiques ayant cours pour les soutenir, elle aura aussi permis d'entendre la voix des travailleuses sociales et autres professionnelles rencontrées et, indirectement, de donner une voix à ces enfants aux prises avec un phénomène qu'on s'explique encore trop mal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Absil, G., Vandoorne, C. & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé. Liège, École de santé publique. Repéré à <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>

Agence de la santé publique du Canada (2018). Choisir les bons mots communication sécuritaire pour la prévention du suicide. Publication no : HP10-25/2018F. No. ISBN (PDF) : 978-0-660-28885-7

Aguinaldo, L. D., Sullivant, S., Lanzillo, E. C., Ross, A., He, J. P., Bradley-Ewing, A., Bridge, J. A., Horowitz, L. M., & Wharff, E. A. (2021). Validation of the ask suicide-screening questions (ASQ) with youth in outpatient specialty and primary care clinics. *General hospital psychiatry*, 68, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.11.006>

Alavi, N., Reshetukha, T., Prost, E., Antoniak, K., Patel, C., Sajid, S., & Groll, D. (2017). Relationship between Bullying and Suicidal Behaviour in Youth presenting to the Emergency Department. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 70-77.

Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., & Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iran Journal of Pediatrics*, 23, 467–472.

Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). *Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 9(3), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.00>

Anadón, M., Guillemette, F., (2007), La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors-Série*, numéro 5, 26-37. Repéré à : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf

Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données : le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 2, 98-114.

Berthod, C., Giraud, C., Gansel, Y., Fourneret, P. et Desombre, H. (2013). Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans. *Archives de Pédiatrie*, 20 (12), 1296-1305. doi : <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.09.016>

Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Beaud, J. P. (2009). L'échantillonnage, dans B. Gauthier (Dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5^e édition). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. *Service Social*, 36 (2-3), 454-477. doi : <https://doi.org/10.7202/706373ar>

Boucher, K., & Laprise, R (2014). Le soutien social selon une perspective communautaire, dans Dufort, F. & Guay, J. (Éds.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*, (9^e éd. pp. 217-248). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Bourdet-Loubère, S. & Raynaud, J-P. (2013). Suicidal Ideation and Attempts during Middle Childhood: Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(3), 93-100. doi: 10.4236/OJMP.2013.23015.

Bourque, D. (2013). Le développement social au Québec : sortir de politiques curatives pour aller vers des politiques préventives. *Informations sociales*, 179(5), 38-46. <https://doi.org/10.3917/inso.179.0038>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Bridge, J. A., Asti, L., Horowitz, L. M., Greenhouse, J. B., Fontanella, C. A., Sheftall, A. H., Kelleher, K. J. & Campo, J. V. (2015) Suicide Trends Among Elementary School-Aged Children in the United States From 1993 to 2012. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 673-677. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1601

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723

Burstein, B., Agostino, H. & Greenfield, B. (2019). Suicidal Attempts and Ideation Among Children and Adolescents in US Emergency Departments, 2007-2015. *JAMA Pediatrics*, Published online April 8, 2019. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0464

Cash, S. J. & Bridge, J. A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*. 21, 613-619

Drapeau, C. W. (2019) Establishing a research agenda for child and adolescent safety planning, *Children's Health Care*, 48:4, 428-443, DOI: 10.1080/02739615.2019.1630281

Caublot, M., Poli, G. & Arnouil Deu, É. (2014). Intérêts de l'approche écosystémique de la qualité de l'accueil... des structures de la petite enfance pour la recherche et les pratiques professionnelles. *Spirale*, 70(2), 137-150. <https://doi.org/10.3917/spi.070.0135>

Centre prévention suicide Faubourg (2022, 11 décembre). Formations – Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques. <https://cps-le-faubourg.org/formations/intervenir-aupres-dune-personne-suicidaire-a-laide-de-bonnes-pratiques/>

Chan, W. C. H. (2018). Assessing Suicidal Risk in Practice: A Validation Study Initiated by Medical Social Workers, *The British Journal of Social Work*, 48(8),2332–2345. Doi: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx156>

Delamarre, C. (2013). *Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 13 ans*. Société française de médecine d'urgence. Repéré à : https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/008_Delamare.pdf

DeVille, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and Family-Related Factors Associated With Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. *JAMA network open*, 3(2), e1920956. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20956>

Drapeau, C. W. (2019) Establishing a research agenda for child and adolescent safety planning, *Children's Health Care*, 48:4, 428-443, DOI: 10.1080/02739615.2019.1630281

Russell, D. H., Trew, S., & Higgins, D. J. (2021). Vulnerable yet forgotten? A systematic review identifying the lack of evidence for effective suicide interventions for young people in contact with child protection systems. *The American journal of orthopsychiatry*, 91(5), 647–659. <https://doi.org/10.1037/ort0000555>

Erbacher, T. A., & Singer, J. B. (2017). Suicide risk monitoring: The missing piece in suicide risk assessment. *Contemporary School Psychology*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s40688-017-0164-8>

Fréchette, L. & Baril, D. (1996). Redonner à la prévention son caractère social : un enjeu en voir d'actualisation. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 17-32. doi: 10.7202/301364ar.

Gallagher, R. & Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : L'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières*, 21(1), 98–106. doi:10.7202/037879ar

Gallagher, R. & Daigle, M. (2008). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : L'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire. *Frontières*, 21(1), 98–106. doi:10.7202/037879ar

Gauthier, B. & Bourgeois, I. (2016). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. (6^e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Grandazzi, G. (2016). Familles et communautés face aux « grappes localisées » de suicides de jeunes : deux exemples en populations québécoise et autochtone. *Enfances, Familles, Générations*, (24). <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/1038115ar>

Grenier, J. & Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales : impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle. *Forum*, 147, 8-17. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/forum.147.0008>

Grenier, J., Marchand, I., Bourque, M., Monette-Drévilion, M-F, Sisavath, A et Laau-Laurin, O. (2022). « Nouvelles pratiques en intervention sociale dans le contexte de la covid-19 en milieu communautaire et institutionnel et les usages des nouvelles technologies de l'information et de la communication ». Dans Danielle Maltais, Jacques Caillouette, Josée Grenier et Roxanne Fay (dir.), *Pratiques d'intervention sociale en*

contexte de pandémie. *Innovations, mobilisation et transformation*, Presses de l'Université du Québec, 249-273.

Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, 3-20. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero21/21Hamel.pdf

Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 53(12), 1212–1219. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>

Healy, K. (2022). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. Bloomsbury Publishing. 258p.

Heise, B., York, A., & Thatcher, B. (2016). Child Suicide Screening Methods: Are We Asking the Right Questions? A Review of the Literature and Recommendations for Practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), 410-417. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.01.003>

Hill, R M., Rufino, K., Kurian, S., Saxena, J., Saxena, K & Williams, L. (2021). Suicide Ideation and Attempts in a pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Pediatrics*. 147(3) 1-6 DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>

Horowitz, L., Bridge, J., Teach, S., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D., Wharff, E., Ginnis, K., Cannon, E., Joshi, P. & Pao, M. (2012). Ask Suicide Screening Questions (ASQ). A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 166(12), 1170-1176. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276.

Isumi, A., Doi, S., Yamaoka, Y., Takahashi, K. & Fujiwara, T. (2020). Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan? The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse & Neglect*. 110(2) 1-5 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104680>

Jobes, D. A., Vergara, G. A., Lanzillo, E. C. & Ridge-Anderson, A. (2019) The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions, *Children's Health Care*, 48:4, 444-468, DOI: 10.1080/02739615.2019.1630279

Kong, J. W., & Kim, J. W. (2016). A review of school-based suicide prevention interventions in South Korea, 1995–2015. *Children & Youth Services Review*, 69, 193-200. doi: 10.1016/j.chilyouth.2016.08.007

Lake, J. (2013). Les enfants suicidaires : Particularités du processus suicidaire et intervention auprès d'eux [Webinaire]. Ressource Régionale Suicide du CSSS de Laval. Repéré à : https://fr.slideshare.net/CRISE_UQAM/crise-webinairelake2013blanc

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 99p.

Lebel, G. (2015). Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion Méfiez-vous! [Vicarious trauma or compassion fatigue, beware!]. *Perspective infirmière : revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 12(2), 32-34. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no2/14-sante-mentale.pdf>

Lesage, A., St-Laurent, D., Gagné, M. & Légaré, G. (2012). Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 239–255. doi:10.7202/1014954ar

Levesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2019). *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 pages.

Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 – Mise à jour 2022* (publication n^o 2849). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 66 pages.

McCauley, E., Berk, M.S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., L, Avina, C., Hugues, J., Harned, M., Gallop, R. & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75, 777-785. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

Maltais, N. (2020). *Décrire, comprendre et schématiser le processus de l'évaluation du risque suicidaire selon une perspective infirmière auprès des moins de 12 ans en santé mentale*. [thèse de doctorat, Université de Montréal].

Médecins Sans Frontières. (2018). Self-harm and attempted suicides increasing for child refugees in Lesbos. MSF press release. [https:// www.msf.org/child-refugees-lesbos-are-increasingly-self-harmingand-attempting-suicide](https://www.msf.org/child-refugees-lesbos-are-increasingly-self-harmingand-attempting-suicide)

Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. J. & Zufferey, A. (2020). « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 31(2). <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7202/1070338ar>

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M. & Grøholt, B. (2016) Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care over adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 295–300. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.005

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M. & Grøholt, B. (2014). Dialectic behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003

Mirick, R.G., Berkowitz, L., Bridger, J., & McCauley, J. (2020). Changes in Practice following a Continuing Education Training on Suicide Assessment and Intervention: Training Participants' Perspectives. *Journal of Teaching in Social Work*, 40, 31-47. doi : <https://doi.org/10.1080/08841233.2019.1685624>

Mishara, B. L. (1999). Conceptions of Death and Suicide in Children Aged 6 to 12 and their Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 105-118. Repéré à <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?/docview/62318837?accountid=14724>

Mishara, B. L. & Dufour, S. (2020). Randomized Control Study of the Implementation and Effects of a New Mental Health Promotion Program to Improve Coping Skills in 9 to 11 Year Old Children: Passport: Skills for Life. *Frontiers in Psychology*, 11, 573342. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.573342>

MSSS (2021). Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire. Publication no : 21-825-03W No. ISBN (PDF) : 978-2-550-89558-9

MSSS (2015). Programme national de santé publique 2015-2025. Publication no : 15-216-01W. No. ISBN (PDF) : 978-2-550-73813-8.

MSSS (2015). Plan d'action en santé mentale – *Faire ensemble et autrement*. Publication no : 17-914-17W. No. ISBN (PDF) : 978-550-79699-2.

MSSS (2016). Politique gouvernementale de prévention en santé. Publication no : 16-297-08W, 16-297-09W. No. ISBN (PDF) : 978-2-550-75191-5.

MSSS (2018). Plan d'action interministériel 2017-2021. Publication no : 17-297-02W. No. ISBN (PDF) : 978-2-550-80321-8

MSSS (2022). Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif. Publication no : 21-914-14W. No. ISBN (PDF) : 978-2-550-89985-3 / 978-2-550-90390-1

MSSS (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir. Publication no : 22-247-01W. No. ISBN (PDF) : 978-2-550-91559-1

Mourouvaye, M., Bottemanne, H., Bonny, G., Fourcade, L., Angoulvant, F., Cohen, J F. & Ouss, L. (2020). Association between suicide behaviors in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Archives of Disease in Childhood*. 106 918-919, DOI: 10.1136/archdischild-2020-320628

National Institute of Mental Health (2017). Health information statistics, suicide. Repéré à <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml>. Consulté le 04-03-2020.

Observatoire national du suicide (ONS) – Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Suicide : Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence – 3^{ème} rapport / février 2018. Repéré en ligne à : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons3.pdf>

Odd, D., Williams, T., Appleby, L., Gunnell, D. & Luyt, K. (2021). Child suicide rates during the COVID-19 pandemic in England. *Journal of Affective Disorders Report*. 6 1-6 DOI: <https://doi.org/10.1016/j-jadr.2021.100273>

Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>

Organisation mondiale de la Santé. Suicide : principaux faits. Organisation mondiale de la Santé. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Petrakis, M., & Joubert, L. (2013). A social work contribution to suicide prevention through assertive brief psychotherapy and community linkage: use of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Social work in health care*, 52(2-3), 239–257. doi : <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.737903>

Peyron, P-A. et David, M. (2015). Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. *La Presse Médicale*. 44(6 pt1), 590-600. doi : [10.1016/j.lpm.2014.12.009](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.12.009)

Plemmons, G., Hall, M., Douppnik, S., Gay, J., Borwn, C., Browning, W., Casey, R., Freundlich, K., P. Johnson, D., Lind, C., Rehm, K., Thomas, S. & Williams, D. (2018). Hospitalization for Suicide Ideation or Attempt: 2008-2015. *Pediatrics*. 141(6) 1-10 DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2426>

Pirès, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer & A.P. Pirès, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologies* (p.113-172) Boucherville : G. Morin.

Pouliot, E., Dubois, P., Maltais, D., Lansard, A.-L. & Simard, A.-S. (2022). Les facteurs associés à la présence de pensées suicidaires chez les jeunes en contexte de catastrophe :

quelles leçons tirer des études existantes en contexte de pandémie? *Enfance en difficulté*, 9, 117–141. <https://doi.org/10.7202/1091300ar>

Rondeau, K. & Paillé, P. (2016). L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(1), 4-28.

Ruch, D. A., Heck, K. M., Sheftall, A. H., Fontanella, C. A., Stevens, J., Zhu, M., Horowitz, L. M., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2021). Characteristics and Precipitating Circumstances of Suicide Among Children Aged 5 to 11 Years in the United States, 2013-2017. *JAMA network open*, 4(7), e2115683. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.15683>

Rufino, K. A. & Patriquin, M. A. (2019) Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions, *Children's Health Care*, 48:4, 345-350, DOI: 10.1080/02739615.2019.1666009

Sandler, I., Tein, J.-Y., Wolchik, S., & Ayers, T. S. (2016). The effects of the family bereavement program to reduce suicide ideation and/or attempts of parentally bereaved children six and fifteen years later. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(Suppl 1), S32–S38. doi:10.1111/sltb.2016.46.issue-S1

Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.005>

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors série*, n°5, 99-111

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée, dans B. Gauthier (Dir.) : *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5^e édition). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Schmitz, W. M., Allen, M. H., Feldman, B. N., Gutin, N. J., Jahn, D. R., Kleespies, P. M., & Simpson, S. (2012). Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of suicidology task force report addressing serious gaps in U.S. mental health training. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 43, 292–304. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00090.x

Skinner, R. & McFaull, S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *CMAJ*, 184(9), 1029-1034. doi : 10.1503/cmaj.111867.

Spiwak, R., Elias, B., Sareen, J., Chartier, M. & Bolton, J. M. (2018). Un nouvel enjeu de santé publique au Canada : l'accompagnement des personnes endeuillées à la suite d'un suicide. *Criminologie*, 51(2), 136–166. <https://doi.org/10.7202/1054238ar>

Stanley, B. & Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264 doi: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001

Statistique Canada. Coup d'œil sur la santé : Le taux de suicide : un aperçu. No 82-624-X au catalogue. Repéré le 19 avril 2020 à www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm

Statistique Canada. Tableau 13-10-0394-01. Les principales causes de décès, population totale selon le groupe d'âge. Page consulté le 19 avril 2020. Doi : <https://doi.org/10.25318/1310039401-fra>

Stordeur, C., Acquaviva, E., Galdon, L., Mercier, J-C., Titomanlio, L. & Delorme, R. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Archives de pédiatrie*, 22(3), 255-259. doi : 10.1016/j.arcped.2014.12.004.

Stoven, G., (2017). Acceptabilité d'un questionnaire de dépistage du risque suicidaire chez les adolescents consultant aux urgences pédiatriques : étude qualitative avec analyse

phénoménologique interprétative de l'expérience des patients et de leurs parents. [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 2 – Victor Segalen, U. F. R. des sciences médicales]. HAL archives ouvertes (dumas-01676755)

Vandevoorde, J. (2015). Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 28(4), 197-204. doi : 10.1016/j.jpp.2015.06.005.

Vandevoorde, J. (2014). L'évaluation du potentiel suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans : modélisation intégrée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(7), 446-456. doi : 10.1016/j.neurenf.2014.07.001.

Van Geel, M., Vedder, P. & Tanilon, J. (2014). Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying and Suicide in Children and Adolescents. A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435-442. doi : 10.1001/jamapediatrics.2013.4143.

Walrath, C., Garraza, L. G., Reid, H., Goldston, D. B., & McKeon, R. (2015). Impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on Suicide Mortality. *American Journal of Public Health*, 105(5), 986-993. doi : 10.2105/AJPH.2014.302496

Wekerle, C. & Smith, S. (2019). La violence psychologique. Dans MacMillan (2019). (Éd). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/maltraitance-des-enfants.pdf>

ANNEXE 1.
Courriel de recrutement à l'OTSTCFQ

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQO, sous la direction de Sylvie Thibault, Ph.D., et je recherche des participantes pour mon projet de recherche. Ce dernier porte sur les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire. Les objectifs du projet sont les suivants : 1) de documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales, 2) de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, 3) de documenter le continuum de services offerts à ces enfants, 4) d'identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) de documenter les besoins de travailleuses sociales en termes de soutien en matière d'intervention auprès de ces enfants.

Je sollicite votre collaboration pour faire circuler le dépliant virtuel suivant à travers le réseau de courriels des membres de l'OTSTCFQ s'il-vous-plaît. Cela permettrait que des travailleuses sociales et travailleurs sociaux intéressés puissent signifier leur intérêt à participer à un projet de recherche dans le cadre d'un mémoire à la maîtrise en travail social.

Merci beaucoup pour votre collaboration,

Ariane Sisavath

Sisa02@uqo.ca

Sylvie Thibault (directrice de mémoire)

Sylvie.thibault@uqo.ca

Le projet *Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides* a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais: 2021-1455

ANNEXE 2.
Courriel de recrutement à l'UQO

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQO, sous la direction de Sylvie Thibault, Ph.D., et je recherche des participantes pour mon projet de recherche. Ce dernier porte sur les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire. Les objectifs du projet sont les suivants : 1) de documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales, 2) de documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire, 3) de documenter le continuum de services offerts à ces enfants, 4) d'identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) de documenter les besoins de travailleuses sociales en termes de soutien en matière d'intervention auprès de ces enfants.

Je sollicite votre collaboration pour faire circuler le dépliant virtuel suivant à travers le réseau de courriels des étudiants de maîtrise en travail social de l'UQO s'il-vous-plaît. Cela permettrait que des travailleuses sociales et travailleurs sociaux intéressés puissent signifier leur intérêt à participer à un projet de recherche dans le cadre d'un mémoire à la maîtrise en travail social.

Merci beaucoup pour votre collaboration,

Ariane Sisavath

Sisa02@uqo.ca

Sylvie Thibault (directrice de mémoire)

Sylvie.thibault@uqo.ca

Le projet *Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides* a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais: 2021-1455

ANNEXE 3.

Lettre d'appui du département de travail social de l'UQO



Jeudi 18 février 2021

Objet : Lettre d'appui confirmant la participation de l'Université du Québec en Outaouais à la recherche : **Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides.**

À l'attention du comité d'éthique de la recherche.

Cette lettre confirme la participation de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) à une recherche dans le cadre du projet de mémoire suivant: Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides.

La participation de l'UQO implique le recrutement de participants volontaires désirant participer au projet de recherche à travers le réseau de courriels des étudiants à la maîtrise en travail social de l'UQO. Madame Josée Grenier s'inscrit à titre de répondante principale de l'UQO.

Les personnes impliquées dans le projet de recherche sont Ariane Sisavath (étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQO) et Sylvie Thibault (directrice de mémoire).

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Josée Grenier".

Josée Grenier Ph.D., M.s.s., T.s.p.

Professeure agrégée

Département de travail social

Co-responsable de la maîtrise en travail social, campus St-Jérôme

450-530-7616 poste 4029

josee.grenier@uqo.ca

ANNEXE 4.
Dépliant explicatif du projet de recherche

Est-ce que les comportements suicidaires chez les enfants de 12 ans et moins est un phénomène que vous rencontrez dans le cadre de votre travail? Êtes-vous une travailleuse sociale ou un travailleur social appelé à intervenir auprès de cette population vulnérable?

Aimeriez-vous parler de vos pratiques en lien avec cette population cible pour contribuer à améliorer les connaissances portant sur les différentes pratiques ayant cours chez des travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire?

Je réalise une recherche dans le cadre d'une maîtrise en travail social portant sur les pratiques des travailleuses sociales qui interviennent auprès des enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire. Cette recherche vise à documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants selon le point de vue de travailleuses sociales; à documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès de ces enfants; à documenter le continuum de services offerts à ces enfants, identifier les enjeux et défis liés à la pratique et à documenter les besoins des travailleuses sociales en termes de soutien en matière d'intervention auprès de ces enfants.

Peu de recherches ont été réalisées en ce qui a trait à ce sujet; votre expérience est importante!

J'aimerais vous rencontrer dans le cadre d'une entrevue de recherche confidentielle d'environ 1h30 à 2h, dans un endroit qui vous conviendra ou par le biais de la plateforme Zoom, considérant les mesures sanitaires actuelles en contexte de pandémie.

Comment participer? APPELLEZ AU : [REDACTED] ou écrivez à : sisa02@uqo.ca

N'hésitez pas et communiquez avec Ariane Sisavath pour plus d'informations!

À noter : ce projet de recherche est dirigé par Sylvie Thibault, Ph.D., professeure en travail social à l'UQO (sylvie.thibault@uqo.ca)

Les critères de participation sont :

- Avoir complété des études de baccalauréat en travail social ou service social ou occuper un poste aux fonctions identiques à celles d'un travailleur social (ex : Agent de relations humaines pour la DPJ)
- Travailler auprès d'une population jeunesse de 12 ans et moins
- Avoir une expérience de travail auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire.
- Travailler dans la région du grand Montréal et/ou des Laurentides
- Comprendre et s'exprimer en français ou en anglais

Le projet *Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides* a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais: 2021-1455

ANNEXE 5.
Carte Boule-de-neige

Projet de recherche

Sans frais : [REDACTED]

Courriel : sis02@uqo.ca

Le projet *Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides* a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais: 2021-1455

ANNEXE 6.

Formulaire de consentement signé par les participantes

Formulaire de consentement

Titre de la recherche : Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides.

Étudiante chercheuse : Ariane Sisavath

Directrice de recherche : Sylvie Thibault, PH.D.

Objectifs de la recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche, mentionné en titre, qui vise à documenter les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès des enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides. Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un projet de mémoire de maîtrise en travail social.

Objectifs spécifiques

1) documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales; 2) documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire 3) documenter le continuum de services offerts à ces enfants; 4) identifier les enjeux et défis liés à la pratique et 5) documenter les besoins de travailleuses sociales en termes de soutien en matière d'intervention auprès de ces enfants.

Votre participation : Votre participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue d'une durée se situant entre 90 à 120 minutes en présentiel à l'endroit de votre choix ou bien en vidéoconférence avec la plateforme ZOOM (selon les mesures sanitaires liées au contexte de pandémie). Tout ce que vous avez à faire est de répondre à des questions de la façon la plus complète possible. L'entretien sera enregistré et confidentiel. Il y aura un enregistrement vidéo et audio des séances ZOOM et, si l'entretien se déroule en présentiel, il y aura un enregistrement audio.

La Confidentialité : Les données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche seront rendues confidentielles conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais^{3*}. En aucun

³ *Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

cas, les données recueillies et les résultats de recherche ne pourront mener à votre identification. Votre nom sera identifié à l'aide d'un nom fictif et les noms des organisations mentionnés dans le cadre de l'entretien seront également remplacés par des noms fictifs.

Les informations seront gardées sous clé dans *un fichier informatisé sécurisé*. Les seules personnes qui y auront accès sont *l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche*. Les informations recueillies seront détruites *cinq ans après la recherche* et ne seront pas utilisées pour d'autres raisons que celles décrites dans le présent document, **sauf si vous consentez à une utilisation secondaire telle que décrite plus loin**. Le rapport de résultats ne permettra pas de vous identifier, ni vous ni l'organisme.

Inconvénients et avantages : Nous croyons qu'il y a peu de risques associés à votre participation et l'étudiante chercheuse et sa directrice s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire. Toutefois, il se peut que certaines questions posées vous amènent à aborder certaines difficultés auxquelles vous êtes présentement confrontés ou auxquelles vous avez été confrontés par le passé, ou encore vous amènent à vous remémorer des souvenirs difficiles. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui réalise l'entrevue. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées, comme votre PAE, et vous inviter à discuter au besoin avec une ressource. Les autres inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire à l'entrevue, soit **entre environ 90 et 120 minutes** et peut-être le déplacement qu'elle implique. Si vous choisissez que l'entrevue se déroule dans les locaux de l'organisme pour lequel vous travaillez, il est possible que les autres membres du personnel sachent que vous participez à l'étude. Par contre, ceux-ci n'auront pas accès au contenu de votre entrevue. En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure compréhension des pratiques ayant cours chez les travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire.

Diffusion des résultats de la recherche : Les résultats seront diffusés à travers un mémoire rédigé par l'étudiante chercheuse et des communications et publications scientifiques. Les participants qui en présentent le souhait recevront un résumé des résultats et des conclusions de la recherche, par courriel.

Droit de retrait : La participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, toutes les informations que vous nous avez données ne seront pas utilisées et seront détruites. Pour vous retirer du projet, il ne vous suffira que de communiquer votre désir à l'étudiante chercheuse ou à sa directrice de recherche.

Questions ou autres informations : Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Ariane Sisavath, au [REDACTED] ou via son courriel (sis02@uqo.ca) ou encore avec sa directrice de recherche, Sylvie Thibault via son courriel (sylvie.thibault@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, vous pouvez communiquer avec monsieur *André Durivage*, 819 595-3900, poste 1781, (Andre.Durivage@uqo.ca), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Signature : En apposant votre signature, vous confirmez que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche. Vous confirmez par le fait même votre participation au projet de recherche. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'abandonner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez connaître toutes les conséquences tout au long de la recherche. En conséquence, vous ne devez pas hésiter à poser des questions ou demander de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature indiquant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie et l'autre est envoyé à la chercheuse étudiante.

Consentement à participer au projet de recherche

Nom de la participante : _____
Signature de la participante : _____ Date : _____

Nom de l'étudiante chercheuse : Ariane Sisavath
Signature de l'étudiante chercheuse : _____ Date : _____

Utilisation des données secondaires

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le(s) domaine(s) suivant(s) : (*thèse de doctorat*), sous la responsabilité de (*Sylvie Thibault, Ph.D.*) pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 10 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

Consentement à une utilisation secondaire

- J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le(s) domaine(s) suivant(s) : *(thèse de doctorat)*, sous la responsabilité de *(Sylvie Thibault, Ph.D.)*.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Nom de la participante : _____

Signature de la participante : _____

Date : _____

Nom de l'étudiante chercheure : Ariane Sisavath

Signature de l'étudiante chercheure : _____

Date : _____

Le projet *Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides* a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais: 2021-1455

ANNEXE 7.

Guide d'entretien semi-dirigé

Voici un aperçu du guide d'entretien qui a été utilisé dans le cadre des entretiens semi-dirigés avec les participantes.

Introduction

Présentation de la personne intervieweuse : X

La personne intervieweuse remercie la personne participante et explique la recherche.

- Si l'entrevue se fait en face-à-face, elle procède à la lecture et à la signature du formulaire de consentement.
- Si l'entrevue se fait à distance et si la personne a envoyé par courriel le formulaire de consentement écrit signé, elle confirme verbalement la réception du formulaire.
- Si l'entrevue se fait à distance et si la personne n'a pas envoyé le formulaire de consentement écrit signé, elle procède à la lecture et à la consignation du consentement dans un enregistrement audio indépendant de l'entrevue.

Mise en contexte du présent projet de recherche :

Comme on vient de le voir dans le formulaire de consentement, le but de ce projet de recherche est de documenter les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire sur le territoire du grand Montréal et des Laurentides, plus spécifiquement ce projet vise à : 1) documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales; 2) documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire; 3) documenter le continuum de services offerts à ces enfants; 4) identifier les enjeux et défis liés à cette pratique; et 5) documenter les besoins de travailleuses sociales en termes de soutien pour l'intervention auprès ces enfants.

Déroulement de l'entrevue :

Cette entrevue durera environ entre 1h30 et 2h. Je vous rappelle que vous pouvez en tout temps choisir de ne pas répondre à certaines questions, demander de prendre une pause ou mettre fin à votre participation à l'étude sans craindre aucun préjudice.

Dans cette entrevue, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions. Mon souhait étant que nous discutons de votre expérience à partir de votre point de vue. Il est aussi possible que je me réfère parfois au guide d'entrevue pour m'assurer qu'on aborde certains thèmes liés à la recherche et pour relancer la discussion au besoin. Avez-vous des questions avant de commencer? Bien, merci. Alors commençons.

Guide d'entretien

Questions principales	Questions complémentaires	Objectifs reliés
<p>Si l'on se rencontre aujourd'hui, c'est parce que dans le cadre de votre pratique, vous rencontrez des enfants de 12 ans et moins qui présentent des comportements suicidaires,</p> <p>J'aimerais dans un premier temps que vous me parliez de votre expérience de pratique en général</p> <p>Pouvez-vous me parler de plus spécifiquement de votre expérience concernant cette problématique?</p> <p>Pouvez-vous me parler plus spécifiquement de cette problématique?</p>	<p>Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours comme intervenante?</p> <p>Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à cette population cible? (et aux enfants présentant des comportements suicidaires?)</p> <p>À quel moment avez-vous pris connaissance du phénomène du suicide chez les enfants?</p> <p>Que pouvez-vous me dire du suicide chez les enfants?</p> <p>Pouvez-vous me parler de la fréquence à laquelle vous faites face à ces demandes dans les dernières années?</p> <p>Pouvez-vous me parler de la façon dont ces demandes se transforment? (si elles se transforment...)</p> <p>Pouvez-vous me parler des différentes caractéristiques que vous avez identifiées chez ses enfants?</p> <p>Pouvez-vous me parler des différentes caractéristiques que vous avez identifiées par rapport à leur environnement?</p> <p>Pouvez-vous me parler des différents besoins que vous identifiez chez ces enfants?</p>	<p>De documenter la problématique du suicide chez les jeunes enfants, du point de vue de travailleuses sociales</p>

<p>Pouvez-vous me parler d'un cas en particulier, de façon non nominative? (ex : le déroulement de l'évaluation, les actions entreprises, etc.)</p>	<p>Pouvez-vous me parler du protocole d'évaluation en place?</p> <p>Dans quels contextes êtes-vous amenés à évaluer un enfant de 12 ans et moins en contexte suicidaire?</p> <p>De quelle façon adaptez-vous l'évaluation du risque suicidaire en fonction de l'âge de ces enfants?</p> <p>Quels sont les différents acteurs impliqués dans l'évaluation?</p>	<p>Documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire</p>
<p>Pouvez-vous me parler des approches que vous utilisez pour évaluer les enfants en contexte suicidaire?</p> <p>Pouvez-vous me parler d'une ou des formations que vous avez reçu pour appuyer vos pratiques en matière d'évaluation et/ou d'intervention auprès des jeunes enfants en contexte suicidaire?</p>	<p>Quelles approches d'intervention mettez-vous de l'avant afin de mener à bien cette évaluation?</p> <p>Pouvez-vous me parler des outils que vous utilisez dans le cadre de l'évaluation auprès de ces enfants?</p> <p>Pouvez-vous me parler des approches mises de l'avant pour intervenir auprès de ces enfants, à la suite de l'évaluation?</p> <p>Pouvez-vous me parler des outils d'intervention que vous utilisez auprès de ces enfants?</p> <p>Pouvez-vous me parler des formations que vous avez reçues concernant le suicide, spécifiquement chez les enfants de 12 ans et moins.</p>	<p>Documenter les pratiques de travailleuses sociales en matière d'intervention auprès d'enfants de moins de 12 ans en contexte suicidaire</p>

<p>Pouvez-vous me parler des différents services offerts à ces enfants, une fois l'évaluation initiale effectuée?</p>	<p>Vers quels programmes (ou services) sont orientés ces enfants?</p> <p>De quels types de suivis ces enfants peuvent-ils bénéficier?</p> <p>Quels sont les différents professionnels appelés à intervenir auprès de ces enfants?</p> <p>Pouvez-vous me parler des partenariats dans le cadre de l'intervention auprès de ces enfants?</p>	<p>Documenter le continuum de services offerts à ces enfants</p>
<p>Pouvez-vous me parler des différents enjeux et défis concernant la pratique auprès des enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire?</p>	<p>Quels sont les défis auxquels vous faites face dans le cadre de votre pratique auprès des enfants en contexte suicidaire?</p> <p>En quoi l'organisation pour laquelle vous œuvrez favorise-t-elle votre pratique face à cette population cible? Ou au contraire, en quoi constitue-t-elle un défi?</p> <p>En quoi le travail avec les partenaires favorise-t-il votre pratique face à ces enfants? Ou au contraire, en quoi représente-il un défi?</p> <p>En quoi vos valeurs personnelles et/ou professionnelles favorisent votre pratique auprès de ces enfants? Ou au contraire en quoi représentent-elles un défi à l'intervention?</p>	<p>Identifier les enjeux et défis reliés à la pratique</p>

<p>À partir de votre expérience, qu'est-ce qui pourrait être développé pour soutenir les pratiques de travailleuses sociales auprès des enfants en contexte suicidaire?</p>	<p>Parlez-moi de vos besoins en matière d'outils?</p> <p>Parlez-moi de vos besoins en matière de formation?</p> <p>Parlez-moi de vos besoins en matière de soutien clinique?</p>	<p>Documenter les besoins de travailleuses sociales en termes de soutien pour l'intervention auprès de ces enfants</p>
---	--	--

Questionnaire sociodémographique effectué à l'oral dans le cadre de l'entretien :

Quel âge avez-vous?

Dans quelle région travaillez-vous?

Quelle est votre formation?

Depuis combien d'années pratiquez-vous?

ANNEXE 8.

Grille de codification – Titre du projet de mémoire : Les pratiques de travailleuses sociales qui interviennent auprès d'enfants de 12 ans et moins en contexte suicidaire dans les régions du Grand Montréal et des Laurentides.

1. Données sociodémographiques

- 1.1. Âge
- 1.2. Années d'expérience
- 1.3. Études
- 1.4. Emplois passés
- 1.5. Emploi actuel
- 1.6. Motif du choix de travailler auprès des jeunes
- 1.7. Premier contact avec la problématique
- 1.8. Exposition directe/indirecte de l'intervenante à la problématique

2. Caractéristiques de la problématique selon leur point de vue

- 2.1. Population
 - 2.1.1. Âge
 - 2.1.2. Sexe
 - 2.1.3. Récurrence
 - 2.1.3.1. L'impression que j'en ai vu plus (*à travailler la nomination)
 - 2.1.3.2. J'ai l'impression que mon équipe en a vu plus (qu'on en voit plus en générale) (*à travailler la nomination)
 - 2.1.4. Manifestations de détresse de l'enfant
 - 2.1.4.1. Idéations suicidaires
 - 2.1.4.2. Moyens envisagés/utilisé
 - 2.1.4.3. Verbalisations/Silence (*AJOUT ARI) (silence : y en a jamais parlé parce que...) (mis aussi verbalisation qui ne sont pas finalement suicidaires)
 - 2.1.4.4. Tentative
 - 2.1.4.5. Problématique cyclique/persistante
 - 2.1.4.6. Comportements dérangeants/Troubles de comportements
 - 2.1.4.7. Menace suicidaire (pour arriver à ses fins)
 - 2.1.5. Conception de la mort chez l'enfant
 - 2.1.6. Façon dont les enfants parlent du suicide

3. Facteurs de vulnérabilités

- 3.1. Facteurs individuels
 - 3.1.1. Santé mentale
 - 3.1.2. Tempérament
 - 3.1.3. Traumas (*AJOUT ARI)
 - 3.1.4. Autres diagnostics (*AJOUT ARI)
 - 3.1.5. Précipitants/Déclencheurs
- 3.2. Réseaux de l'enfant
 - 3.2.1. Dynamique familiale (*Santé mentale du parent?)

- 3.2.2. École
 - 3.2.2.1. Intimidation
 - 3.2.2.2. Rejet (*AJOUT ARI)
 - 3.2.2.3. Difficultés académiques
 - 3.2.2.4. Relations difficiles/conflictuelles avec les pairs
- 3.2.3. Autres réseaux (*accumulation de plusieurs facteurs, contexte de vulnérabilité, négligence?)
- 3.3. Social
 - 3.3.1.1. Disponibilité des services
 - 3.3.1.2. Impacts de la pandémie
- 3.4. Reconnaissance sociale de la problématique
 - 3.4.1. Silence/tabou/malaise (*Ou absence de tabou?)
 - 3.4.1.1. Peur d'amplifier les idéations suicidaires
 - 3.4.1.2. Banalisation de l'entourage/et autres
 - 3.4.1.3. Un choc pour l'entourage
 - 3.4.2. Réactions/manque de formation des partenaires de l'intervention
 - 3.4.3. Réaction des professionnels rencontrés
 - 3.4.3.1. Absence/Manque de formation de base (cursus scolaire)
 - 3.4.3.2. Absence/Manque de formation continue
 - 3.4.3.3. Prise de conscience de l'ampleur du phénomène
 - 3.4.4. Peu d'études pour s'informer

4. Facteurs de protection

- 4.1. Soutien reçu
 - 4.1.1. École
 - 4.1.2. Famille/entourage
 - 4.1.3. Services santé et sociaux

5. Les pratiques

- 5.1. Demande d'aide
 - 5.1.1. Besoins identifiés chez l'enfant
 - 5.1.2. Besoins identifiés chez les parents/adultes significatifs (*AJOUT ARI)
 - 5.1.3. Degré d'aisance de l'intervenante
- 5.2. L'évaluation du risque suicidaire de l'enfant (*question : comment ça se déroule? Ou besoin d'ajouter un code de troisième niveau pour le déroulement, qui évalue, etc?)
 - 5.2.1. Le concept de mort/suicide
 - 5.2.2. Méthodes/techniques d'intervention (*auprès de qui on intervient? Sur quoi on intervient? Donc cibles d'intervention en plus des méthodes/techniques)
 - 5.2.3. Outil d'évaluation (*AJOUT ARI)
 - 5.2.3.1. Absence d'outil d'évaluation standardisé
 - 5.2.3.2. Outil d'évaluation/dépistage utilisé
 - 5.2.4. Compréhension du développement de l'enfant
 - 5.2.5. Le filet de sécurité
 - 5.2.6. L'intention suicidaire (*AJOUT ARI)

- 5.2.7. Ré-évaluation à travers le temps
- 5.2.8. Planification du suicide
- 5.2.9. Accidents passés
- 5.2.10. Raisons de vivre/espoir
- 5.3. Les approches utilisées
- 5.4. Les outils
 - 5.4.1. Absence/manque d'outil adapté
 - 5.4.2. Outils utilisés
- 5.5. L'intervention avec le parent
- 5.6. Les valeurs des TS
- 5.7. Impacts de l'intervention chez la TS (ex : Après l'intervention, elle s'est remis en question, etc.)
- 5.8. L'intervention post-crise
- 5.9. Contexte d'intervention
 - 5.9.1. Complexité
- 5.10. Les partenaires de l'intervention
 - 5.10.1. Les programmes du CISSS/CIUSSS
 - 5.10.1.1. La pédopsychiatrie
 - 5.10.2. La DPJ
 - 5.10.3. Les milieux scolaires
 - 5.10.4. L'urgence de l'hôpital
 - 5.10.5. L'intervention policière
 - 5.10.6. Les centres de prévention suicide (*AJOUT ARI)
 - 5.10.7. Les organismes du milieu communautaire (*AJOUT ARI)
- 5.11. Enjeux et défis à la pratique
 - 5.11.1. Complexité des services/situations
 - 5.11.1.1. Quand l'enfant a un diagnostic spécifique
 - 5.11.1.2. Partage de responsabilités
 - 5.11.1.3. Collaboration du milieu familial
 - 5.11.1.4. Limite des services offerts
 - 5.11.1.5. Communications/collaboration avec les partenaires (*AJOUT ARI)
 - 5.11.2. Manque de ressources humaines/roulement de personnel/arrêts de travail/départs (*AJOUT ARI)
 - 5.11.3. Surcharge de travail/épuisement (*AJOUT ARI)
 - 5.11.4. Soutien pour les TS (ou peu/manque) (*AJOUT ARI)
- 5.12. Formation suicide reçue

6. Les besoins des TS

- 6.1. Les outils
- 6.2. La formation
 - 6.2.1. Besoin de formation spécifique
 - 6.2.2. Le cursus scolaire
 - 6.2.3. Les impacts de la pandémie sur la formation (*Pas si important, mais peut-être à simplement mentionner en analyse générale).
- 6.3. Développer un langage commun
- 6.4. Connaissance du rôle des autres professionnels

6.5. Travail en partenariat

7. Pistes/amélioration des pratiques

7.1. Réflexion sur la pratique/la problématique

7.2. Pistes pour la pratique

ANNEXE 9.

Exemple de tableau de réduction des données

<p>1.</p>	<p>1.1.</p>	<p>R : [...] (1.1)</p> <p>Q : [...]</p> <p>R : [...] (1.1)</p> <p>R : [...] (1.1)</p> <p>R [...] (1.1).</p> <p>R : [...] (1.1)</p> <p>R : [...] (1.1)</p> <p>R : [...] (1.1)</p>	<p>Cinq participantes sont âgées entre 20 et 35 ans. (P1, P2, P3, P4, P7)</p> <p>Deux participantes sont âgées entre 35 et 50 ans. (P5, P6)</p>
<p>1.</p>	<p>1.2.</p>	<p>R : [...] (1.2)</p>	<p>Une participante a moins d'une année d'expérience de travail. (P4)</p> <p>Quatre participantes ont entre 3 et 7 ans d'expérience de travail. (P1, P2, P3, P7)</p> <p>Deux participantes ont plus de 20 ans d'expérience de travail. (P5, P6)</p>

ANNEXE 10.

Exemple de tableau d'analyse des données

LES ENFANTS EN CONTEXTE SUICIDAIRE		LA PROBLÉMATIQUE SELON LE POINT DE VUE DES PARTICIPANTES		
Grand code	Codes regroupés (sauf données sociodémo.) *Chaque teinte de couleur différentes signale un changement de code	Réduction #1 *Chaque teinte de couleur différentes signale un changement de code	Réduction #2	Extraits clés *Les extraits fonctionnent par section
2.	2.1 , 2.1.1, 2.1.2	[...] [...]	(2.1.2, 2.1.2)	Extrait #1 : « [...] » (P3, p.3)

ANNEXE 11.
Formulaire d'engagement à la confidentialité



FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Titre de l'étude :

Nom du (de la) chercheur(e) principal(e) :

Département :

Dans le cadre de mon implication dans ce projet de recherche à titre de coordonnateur(-trice), ou d'assistant(e) de recherche, j'aurai accès à des renseignements identificatoires et/ou j'aurai des contacts avec des personnes. En signant ce formulaire, je m'engage à :

1. Assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants(-es) ou toute autre donnée permettant d'identifier un(e) participant(e), un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
2. Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
3. Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Je soussigné(e), _____, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

Coordonnateur(-trice) ou assistant(e) de recherche

Date : _____

Chercheur(e) principal(e)

Date : _____

ANNEXE 12. Certificat éthique de l'UQO



Le 26 janvier 2021

À l'attention de :
Ariane Sisavath
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2021-1455

Titre du projet de recherche : LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 26 janvier 2021. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

26 janvier 2022.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

Projet # : 2021-1455

Titre du projet de recherche : LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES

Chercheure principale :

Ariane Sisavath
Étudiant, Université du Québec en Outaouais

Directrice de recherche :

Sylvie Thibault
Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 26 janvier 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 26 janvier 2021 **Date d'échéance du certificat :** 26 janvier 2022

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

ANNEXE 13.

Premier renouvellement de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES**

Numéro(s) de projet : **2021-1455**

Identifiant Nagano : **Pratiques TS - enfants suicidaires** Chercheur principal (au CER Éval) : **Ariane Sisavath** Date d'approbation du projet par le CER : **2021-01-26**

Formulaire : **F9-7726**

Date de dépôt initial du formulaire :

2022-01-16

Date de dépôt final du formulaire : **2022- 01-16**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

F9-7726: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 1 / 6 2022-11-17 15:24

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2023-01-26

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, **AVANT** la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2022-01-17

Section A: Identification

1.

Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.

Quel est le titre du projet?

LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES

F9-7726: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 2 / 6 2022-11-17 15:24

2.

Sisavath, Ariane 3.

En plus du (de la) chercheur(e) principal(e), y a-t-il d'autres personnes dans votre équipe de recherche?

Non

4.

Veillez indiquer le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO. (L'article 3.1 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains précise qu'un(e) « chercheur(e) » inclut, aux fins des présentes, les professeur(e)s, les étudiant(e)s aux cycles supérieurs ou au premier cycle, ou toute personne impliquée dans les activités de recherche couvertes par la présente Politique.)

Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?

Veillez sélectionner le type de chercheur(e) qui correspond à la situation du (de la) chercheur(e) principal(e).

Le (la) chercheur(e) principal(e) est :

Étudiant(e) de 2e cycle

Validation fin de projet

1.

Non

1.

Est-ce que votre projet de recherche est terminé?

Section B: Directeur(s)

Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Thibault, Sylvie

Section C: Déroulement des travaux

1.

Veillez préciser le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.

Quel est le statut actuel de la collecte de données?

Débutera dans les 12 prochains mois Débutera dans plus d'une année

Est en cours

Est terminée

Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2.

Non

3.

Non

4.

Non

5.

Oui

Veillez indiquer si des participant(e)s se sont retirés du projet ou si vous avez dû retirer des participant(e)s du projet? Si oui, indiquez pour quelles raisons.

Est-ce que des participant(e)s se sont retirés du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?

Veillez indiquer si des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients? Si oui, veuillez les décrire et nous indiquer comment il vous a été possible d'y remédier.

Est-ce que des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients?

Veillez indiquer si vous avez rencontré des situations où la confidentialité a été compromise? Si oui, dans quelles circonstances et qu'avez-vous pu y faire?

Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité a été compromise?

Veillez indiquer si vous avez rencontré d'autres difficultés. Si oui, précisez lesquelles.

Avez-vous rencontré d'autres difficultés?

Veillez préciser lesquelles?

Majoritairement dû au contexte de pandémie amenant, entre autres, une fatigue chez les participants potentiels à ma recherche de même qu'un grand roulement d'employés dans le réseau de la santé et des services sociaux (duquel mon échantillon fait généralement partie), le recrutement est beaucoup plus long que prévu et a dû faire l'objet de modification (au niveau de l'élargissement des critères de sélection).

Section D: Financement

F9-7726: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 4 / 6 2022-11-17 15:24

1.

Veillez indiquez la ou les sources de financement du projet

Aucun financement FRQNT
FRQSC
FRQS

MITACS
CRSH
CRSNG
IRSC
Chaire institutionnelle
Démarrage de projet
Dépannage
Contribution institutionnelle (regroupement) Équipes

Fonds de recherche (cours en appoint) Fonds de recherche (DFCP)
Centre de recherche
Autre ministère ou organisme fédéral Autre ministère ou organisme provincial Autre

2.

1.

Non

2.

Oui

3.

Non

Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).

Section E: Modifications au projet

Compte tenu de la situation d'urgence déclarée en raison de la COVID-19, veuillez indiquer si vous devez apporter des modifications à votre projet de recherche afin de pouvoir poursuivre votre collecte de données tout en respectant les mesures sociosanitaires émises par le gouvernement.

Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?

Est-ce que votre projet de recherche s'est déroulé comme prévu lors de l'approbation éthique initiale ou en fonction des modifications préalablement apportées et approuvées par le CER?

Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.

Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?

Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

F9-7726: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 5 / 6 2022-11-17 15:24

1.

1.

Si votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO. Veuillez déposer le document qui démontre que le certificat d'éthique a été renouvelé par l'autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc).

Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.

IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).

AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.

Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :

Professeur(e) : Sylvie Thibault 2022-01-16 10:30

F9-7726: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 6 / 6 2022-11-17 15:24

ANNEXE 14.

Deuxième renouvellement de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES**

Numéro(s) de projet : **2021-1455**

Identifiant Nagano : **Pratiques TS - enfants suicidaires** Chercheur principal (au CER Éval) : **Ariane Sisavath** Date d'approbation du projet par le CER : **2021-01-26**

Formulaire : **F9-10146**

Date de dépôt initial du formulaire :

2022-12-20

Date de dépôt final du formulaire : **2022- 12-20**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

F9-10146: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 1 / 6 2022-12-23 09:56

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2024-01-26

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, **AVANT** la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2022-12-20

Section A: Identification

1.

Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.

Quel est le titre du projet?

LES PRATIQUES DE TRAVAILLEUSES SOCIALES QUI INTERVIENNENT AUPRÈS D'ENFANTS DE 12 ANS ET MOINS EN CONTEXTE SUICIDAIRE SUR LE TERRITOIRE DU GRAND MONTRÉAL ET DES LAURENTIDES

F9-10146: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 2 / 6 2022-12-23 09:56

2.

Sisavath, Ariane 3.

En plus du (de la) chercheur(e) principal(e), y a-t-il d'autres personnes dans votre équipe de recherche?

Non

4.

Veillez indiquer le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO. (L'article 3.1 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains précise qu'un(e) « chercheur(e) » inclut, aux fins des présentes, les professeur(e)s, les étudiant(e)s aux cycles supérieurs ou au premier cycle, ou toute personne impliquée dans les activités de recherche couvertes par la présente Politique.)

Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?

Veillez sélectionner le type de chercheur(e) qui correspond à la situation du (de la) chercheur(e) principal(e).

Le (la) chercheur(e) principal(e) est :

Étudiant(e) de 2e cycle

Validation fin de projet

1.

Non

1.

Est-ce que votre projet de recherche est terminé?

Section B: Directeur(s)

Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Thibault, Sylvie

Section C: Déroulement des travaux

1.

Veillez préciser le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.

Quel est le statut actuel de la collecte de données?

Débutera dans les 12 prochains mois Débutera dans plus d'une année

Est en cours

Est terminée

Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2.

Non

3.

Non

4.

Non

5.

Non

Veillez indiquer si des participant(e)s se sont retirés du projet ou si vous avez dû retirer des participant(e)s du projet? Si oui, indiquez pour quelles raisons.

Est-ce que des participant(e)s se sont retirés du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?

Veillez indiquer si des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients? Si oui, veuillez les décrire et nous indiquer comment il vous a été possible d'y remédier.

Est-ce que des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients?

Veillez indiquer si vous avez rencontré des situations où la confidentialité a été compromise? Si oui, dans quelles circonstances et qu'avez-vous pu y faire?

Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité a été compromise?

Veillez indiquer si vous avez rencontré d'autres difficultés. Si oui, précisez lesquelles.

Avez-vous rencontré d'autres difficultés?

Section D: Financement

F9-10146: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 4 / 6 2022-12-23 09:56

1.

Veillez indiquer la ou les sources de financement du projet

Aucun financement FRQNT

FRQSC

FRQS

MITACS

CRSH

CRSNG

IRSC

Chaire institutionnelle

Démarrage de projet

Dépannage

Contribution institutionnelle (regroupement) Équipes

Fonds de recherche (cours en appoint) Fonds de recherche (DFCP)

Centre de recherche

Autre ministère ou organisme fédéral Autre ministère ou organisme provincial Autre

2.

1.

Oui

2.

Non

1.

Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).

Section E: Modifications au projet

Est-ce que votre projet de recherche s'est déroulé comme prévu lors de l'approbation éthique initiale ou en fonction des modifications préalablement apportées et approuvées par le CER?

Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.

Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?

Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

Si votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO. Veuillez déposer le document qui démontre que le certificat d'éthique a été renouvelé par l'autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc).

Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

F9-10146: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 5 / 6 2022-12-23 09:56

1.

Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.

IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).

AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.

Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :

Professeur(e) : Sylvie Thibault 2022-12-20 07:10

F9-10146: Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique
2021-1455 - Pratiques TS - enfants suicidaires 6 / 6 2022-12-23 09:56