

MARS 2023 / NUMÉRO 25

La pratique

en mouvement

Prévention du suicide:
la psychoéducation en action



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC

www.ordrepesd.qc.ca



Accédez à des tarifs d'assurance exclusifs



L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec fait équipe avec La Personnelle pour vous offrir :



Des tarifs avantageux en assurance de groupe auto, habitation et entreprise



Des rabais supplémentaires pour économiser encore plus



Un soutien personnalisé pour obtenir la bonne couverture au bon prix

Constatez par vous-même pourquoi 98 % de nos clients renouvellent leur assurance chaque année¹.

Découvrez votre assurance de groupe

lapersonnelle.com/ordrepseud
1 888 476-8737



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. La marque La Personnelle^{MD} ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, utilisées sous licence. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

1. Statistiques internes de La Personnelle : nombre approximatif de titulaires de police qui ont renouvelé leur police lorsque celle-ci est arrivée à échéance, du 1^{er} janvier au 31 juillet 2022. Le taux ne comprend pas les annulations et les résiliations à mi-parcours.

Le magazine *La pratique en mouvement* est publié deux fois par année, au printemps et à l'automne, par l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Distribué auprès des membres de l'Ordre, ce magazine numérique se veut un véhicule unique de transmission des pratiques professionnelles québécoises en psychoéducation. Il est structuré autour d'un grand dossier thématique et est destiné aux membres de l'Ordre, aux étudiants, aux professeurs ainsi qu'à toute personne ou groupe intéressé.

COORDINATION DU MAGAZINE

Sophie Rodriguez

COORDINATION DU DOSSIER

Ghitza Thermidor, ps. éd.

GROUPE DE TRAVAIL DU DOSSIER

Sara Bouffard, ps. éd.

Marilyn Brochu, ps. éd.

Réjean Émond, ps. éd.

Fanny Montcalm, ps. éd. (responsable du dossier)

RÉVISION

Diane Tremblay Audet

MISE EN PAGE

Richard Carreau

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le but d'alléger le texte. Tous les textes ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Ordre et n'engagent que les auteurs. Les articles peuvent être reproduits à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015; Bibliothèque nationale du Canada : ISSN 1925-2463. Convention de la Poste-Publications # 42126526. Retourner toute correspondance non livrable au Canada à :

ORDRE DES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES DU QUÉBEC

510-1600, boul. Henri-Bourassa O.

Montréal (Québec) Canada H3M 3E2

Tél : 514 333-6601, 1 877 913-6601

www.ordrepsed.qc.ca

Ce périodique est produit sur serveur vocal par :
Audiothèque pour personnes handicapées de
l'imprimé du Québec
Québec : 418 627-8882
Montréal : 514 393-0103



ORDRE DES
PSYCHOÉDUCATEURS
ET PSYCHOÉDUCATRICES
DU QUÉBEC



SOMMAIRE

2 MOT DU PRÉSIDENT

3 VIE DE L'ORDRE

6 DOSSIER | PRÉVENTION DU SUICIDE : LA PSYCHOÉDUCATION EN ACTION

- L'importance de la connaissance de soi pour intervenir sur la détresse des enfants ayant des idées suicidaires
- Soutenir la mise en place d'un filet de sécurité par l'utilisation d'un outil d'aide à la réflexion clinique
- AUDIS : mieux prévenir le suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle
- La récurrence de la crise suicidaire
- La prévention du suicide chez les psychoéducateurs et psychoéducatrices : prendre soin de soi pour mieux aider les autres

33 DU CÔTÉ DE LA RECHERCHE

- L'intervention psychoéducatrice en contexte scolaire primaire : un apport à la réussite éducative des élèves endeuillés

36 PAGE OUVERTE

- Prévenir le suicide : les leçons tirées du vécu expérientiel

PRENDRE SOIN DE SOI ET DES AUTRES

Félix-David L. Soucis, ps. éd.

Le dossier de ce magazine porte sur la prévention du suicide, un contexte d'intervention qui peut entraîner de la détresse sur le plan professionnel et personnel chez les intervenants qui y font face. D'entrée de jeu, je tiens à réitérer l'importance des psychoéducatrices et psychoéducateurs et la différence qu'ils font lors de ces situations de crises. Dans nos milieux de pratiques et d'interventions diversifiées, nous pouvons facilement être exposés aux besoins les plus criants des personnes les plus vulnérables. L'accompagnement d'une personne en situation de crise suicidaire n'est pas chose simple.

C'est dans cette optique que les différents articles de ce dossier vous proposeront des interventions qui peuvent enrichir votre pratique et vous donner des pistes de réflexion sur le sujet. Pour ma part, ce que j'aimerais que vous reteniez à la lecture de ce dossier, c'est l'importance de préserver votre propre santé mentale. Au-delà de vos compétences incontournables, il est crucial de valoriser la nécessité de prendre soin de soi tout au long de ces accompagnements. Que ce soit par le soutien clinique de collègues appropriés, par de la formation continue ou le simple fait de s'accorder du temps, il est primordial d'être sensible à ses besoins pour être en mesure de répondre à ceux des autres. ■



LE MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE ET SECRÉTAIRE

La prévention du suicide, une obligation déontologique depuis plus de 10 ans déjà

M^e Sonia Godin

Le 20 septembre 2012 marquait l'entrée en vigueur de l'ensemble des dispositions législatives du projet de loi 21, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Cette Loi est reconnue pour avoir modernisé le Code des professions en redéfinissant les champs d'exercice de diverses professions, en définissant des activités réservées et en encadrant la pratique de la psychothérapie.

On oublie parfois qu'elle a également élevé au rang d'obligation la prévention du suicide pour les membres de plusieurs ordres professionnels. Ainsi, l'article 39.4 du Code des professions prescrit que : « *L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles* ». Ce qui implique que les membres professionnels sont imputables au regard de la protection du public.

Quant à lui, l'article 42 du Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices prévoit que chaque membre « *exerce sa profession dans le respect des règles de l'art et des normes de pratique généralement reconnue*. »

Ce faisant, la prévention du suicide est partie intégrante de l'exercice de la psychoéducation et s'inscrit dans le rôle sociétal du système professionnel québécois. Ainsi, dans les milieux, les psychoéducatrices et psychoéducateurs œuvrent de concert avec les acteurs et les parties prenantes pour faire de la prévention du suicide selon leurs compétences respectives.

Afin de répondre aux exigences des dispositions législatives mentionnées ci-dessus, le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre (CIP) s'attend à ce que les membres soient outillés en vue d'intervenir adéquatement pour estimer, prévenir et gérer des situations suicidaires.

Maintenir à jour ses connaissances est primordial et relève de la responsabilité de tout professionnel afin d'assurer des services de qualité auprès du public. Lorsqu'ils travaillent avec une clientèle à risque de présenter ou qui a des idées suicidaires, le CIP recommande aux membres de s'inscrire à une formation en matière de prévention du suicide auprès d'organismes qualifiés, comme les centres de prévention du suicide régionaux.

Toutefois, si l'établissement dans lequel un ou une membre évolue détient un protocole pouvant soutenir les intervenantes et intervenants ou si ceux-ci savent vers qui diriger les clients vulnérables et assurer un filet de sécurité, il est de la responsabilité de la psychoéducatrice ou du psychoéducateur concerné d'évaluer la nécessité d'une formation.

En somme, il s'agit pour chaque membre d'utiliser son jugement professionnel, faisant ici un lien avec l'édition précédente du magazine, afin de vérifier que ses connaissances en la matière sont suffisantes ou qu'il dispose d'un mécanisme de soutien dans son organisation pour assurer la sécurité des usagers.

Parce que la prévention du suicide est l'affaire de tous et que chaque psychoéducatrice et psychoéducateur peut faire une différence, nous espérons que la lecture de cette édition du magazine pourra nourrir vos réflexions en la matière. ■

Bienvenue aux nouveaux membres du 1^{er} novembre 2022 au 28 février 2023

Bélanger Laurianne
 Couture Cynthia
 Thouin Éliane
 Trottier Mélissa
 Meilleur Marilou
 Gouin Mariane
 Dufour Maude
 Bédard Emmanuelle
 Legendre Audrey
 Wheeler Mélina
 Dubé Andréanne
 Filion Sandrine

Patry Karine
 Huard Sarah-Lee
 Landry Frédérique
 Brugel Marine
 Tremblay Joany
 Champagne Kim
 Trottier Cyr Renée-Pier
 Primiani Rachel
 Roy Jessica
 Béland Mariline
 Audet Sophie-Emmanuelle
 Mady Nadia

Laperrière Karine
 Bélanger Sarah
 Montambault Claudia
 Saint-Joy Maïssa
 Roy Laurie
 St-Pierre Stéphanie

Décès

Brian Dickinson, ps.éd.
 vendredi 10 février 2023

Johanne Lavoie, ps.éd.
 mardi 14 février 2023

Vos experts

psychologie • éducation • famille

Disponibles en librairie et sur notre site Web : miditrente.ca

ÉDITIONS  **MIDI TRENTE**

Formations

en ligne

TELLEMENT FACILITANT!

Toutes les formations et conférences de **Danie Beaulieu, Ph. D.** sont maintenant disponibles en ligne, où et quand vous le voulez!



Formations disponibles

90 HEURES
ACCREDITÉES



THÉRAPEUTE D'IMPACT

20% de réduction à l'achat du programme complet en un versement.

- Bye Bye Anxiété (7h)
- Le burnout et la dépression: gravir les échelons vers la guérison (7h)
- Le deuil et ses issues (7h)
- Capsules éducatives d'Impact (8h)
- Techniques d'Impact pour intervention en individuel (7h) et groupe-couple-famille (7h)
- Relations Interpersonnelles: gérer ses différends et ses différences (7h)
- Primate Automate Diplomate (7h)
- Développer l'intelligence émotionnelle des petits et des grands (7h)
- L'Art de semer (7h)
- Thérapie d'Impact (19h)



POUR TOUS

- Prendre soin de soi en temps de bouleversements (1h ou 2h15).
- Bye bye anxiété (2h30)
- Mise au point sur mesure pour les couples (2h30)
- Planification stratégique personnelle (2h30)
- Bâtir sa fierté (1h30)
- Améliorer vos relations parents enfants (2h30)
- Améliorer vos relations parents ados (2h30)
- Mieux comprendre et gérer les crises chez les enfants (1h30)
- Techniques d'Impact pour le développement de l'intelligence émotionnelle en réseau scolaire (2h30)

«Plains de trucs, conviviales, simple et qui s'applique très bien dans le quotidien. Des exemples concrets.»

Myriam Cabana, psychoéducatrice

«Tout simplement Wow!!! La formatrice est énergique, drôle et donne plusieurs exemples qui permettent d'intégrer facilement les notions. Je recommande à tous et je suis impatiente de faire d'autres formations.»

Isabelle St-Amand, psychoéducatrice

«Exemples colorés et accrocheurs, références au quotidien donc situations connues, présentation vive et dynamique. Merci beaucoup!»

Annie Plamondon, psychoéducatrice

«Génial, c'était ma première formation avec toi et ce ne sera pas la dernière! Félicitations!»

Nathalie Huot, Psychoéducatrice

Prévenir le suicide

Aider à choisir la vie plutôt que la mort est une responsabilité particulièrement délicate que nous partageons avec l'ensemble des professionnels de la santé mentale. Afin de soutenir cette responsabilité professionnelle envers le public, nous avons l'obligation de perfectionner nos connaissances et compétences entourant la problématique du suicide. L'acquisition sans cesse renouvelée des plus récentes approches nous permet de mettre en place les meilleures pratiques en prévention du suicide et d'assurer un accompagnement de qualité auprès de la personne suicidaire.

Au-delà de nos obligations professionnelles, soyons animés par notre responsabilité *personnelle* de prévenir le suicide, envers nous-mêmes et nos proches, mais aussi envers les personnes auprès desquelles nous intervenons dans nos milieux.

Nous espérons que ce dossier, posant un regard sur la pratique psychoéducative en lien avec le thème du suicide, vous permettra d'apprécier la qualité et la diversité du travail des psychoéducateurs et des psychoéducatrices dans ce contexte. Qu'il vous rappellera l'importance de prendre soin de soi-même, avant, pendant et après l'intervention, mais également de manière plus globale.

Bonne lecture!

Sara Bouffard, ps. éd.

Pour le comité du dossier du magazine

L'IMPORTANCE DE LA CONNAISSANCE DE SOI POUR INTERVENIR SUR LA DÉTRESSE DES ENFANTS AYANT DES IDÉES SUICIDAIRES

Nathalie Maltais, inf. Ph. D., Jessica Rassy, inf. Ph. D., et Christine Genest, inf. Ph. D.



Le suicide est un problème de santé publique préoccupant qui touche tous les groupes d'âge. Les plus récentes données de l'Institut national de la santé publique du Québec (Levesque *et al.*, 2022) rapportent 1055 décès par suicide en 2020, soit un taux ajusté de 12,3 par 100 000. Bien que le suicide chez les moins de 12 ans soit rare, on a tout de même observé une augmentation dans les dernières années (Miller, 2018). Selon Drapeau et McIntosh (2020), le taux de suicide chez les enfants âgés de 5 à 14 ans a plus que doublé entre 2007 et 2017. Chez la population des enfants et des adolescents, ce sont les tentatives et les idéations suicidaires qui sont préoccupantes. En effet, le taux d'hospitalisation des adolescentes pour tentatives de suicide en 2021 est de 204,9 par 100 000 et de 54,5 par 100 000 pour les adolescents. Même les jeunes filles de 10 à 14 ans présentent un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide très élevé, de 118,4 par 100 000 en 2021 (Levesque *et al.*, 2022). Pour ce qui est des visites aux urgences

en raison d'idéations suicidaires, les taux sont de 783,5 par 100 000 chez les filles de 10 à 14 ans, de 1544,2 par 100 000 pour les filles de 15 à 19 ans et de 719,1 pour les garçons de 15 à 19 ans (Levesque *et al.*, 2022). Dans un tel contexte, les professionnels de la santé, comme les psychoéducatrices et les psychoéducateurs, vont fort probablement être amenés à intervenir auprès de jeunes présentant un risque suicidaire. Il est donc important de savoir comment intervenir auprès de cette population.

Selon Drapeau et McIntosh (2020), le taux de suicide chez les enfants âgés de 5 à 14 ans a plus que doublé entre 2007 et 2017.

L'un des enjeux, lorsqu'il est question d'intervenir en prévention du suicide auprès des jeunes de moins de 12 ans, c'est la croyance voulant qu'il soit souvent considéré comme impensable que des enfants puissent souffrir au point de vouloir s'enlever la vie (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Or, chez les moins de 12 ans, tout comme chez les adolescents et les adultes, la présence d'idées suicidaires devrait être perçue comme un indicateur notable de douleur et de détresse émotionnelle (Ridge Anderson, Keyes et Jobes, 2016; Whalen, Dixon-Gordon, Belden, Barch et Luby, 2015). Cette croyance, mais également le tempérament, les croyances, les perceptions, les expériences antérieures ainsi que la formation en prévention du suicide des professionnels vont influencer leurs interventions. C'est pourquoi cet article présente une description de ces effets, de même que l'importance d'avoir une bonne connaissance de soi pour intervenir efficacement auprès des enfants ayant des idées suicidaires ainsi qu'auprès de leurs familles.

Une étude qualitative menée auprès d'infirmières (n=11) œuvrant en pédopsychiatrie a permis de faire ressortir l'effet que pouvait avoir le tempérament des professionnels, leurs croyances, leurs perceptions, leurs expériences antérieures et leur formation sur l'intervention en prévention du suicide chez les moins de 12 ans (Maltais, 2021). Cette étude, qui avait pour but de décrire, comprendre et schématiser le processus de l'évaluation du risque suicide (PERS) des enfants de moins de 12 ans, a permis de schématiser l'évaluation du risque suicidaire (PERS), qui

Or, chez les moins de 12 ans, tout comme chez les adolescents et les adultes, la présence d'idées suicidaires devrait être perçue comme un indicateur notable de douleur et de détresse émotionnelle.

comprend deux phases non mutuellement exclusives (figure 1). La connaissance de soi du professionnel se retrouve dans la phase 1 du processus. Bien que cette étude ait été effectuée auprès d'infirmières et d'infirmiers, nous croyons que les résultats peuvent être applicables à des psychoéducatrices et des psychoéducateurs.

Le tempérament du professionnel

Le tempérament du professionnel, qui fait référence à l'ensemble des traits ou types de comportements habituels de la personne (Lalonde, 2016), est un des éléments qui influence sa manière d'intervenir. Ainsi un professionnel avec un tempérament plus anxieux pourrait intervenir plus rapidement ou avec un sentiment d'urgence plus important, comme le rapportait une participante de l'étude : « C'est plus une psychologue avec laquelle je travaille

Figure 1 : Schématisation du PERS

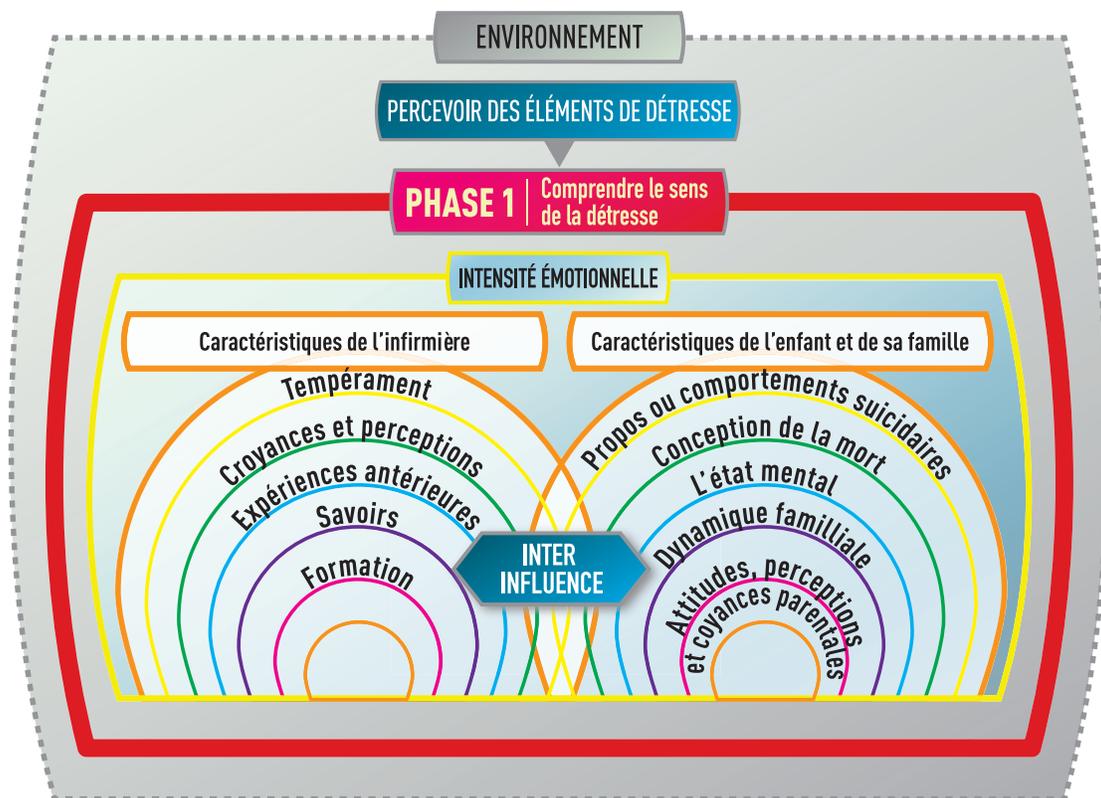
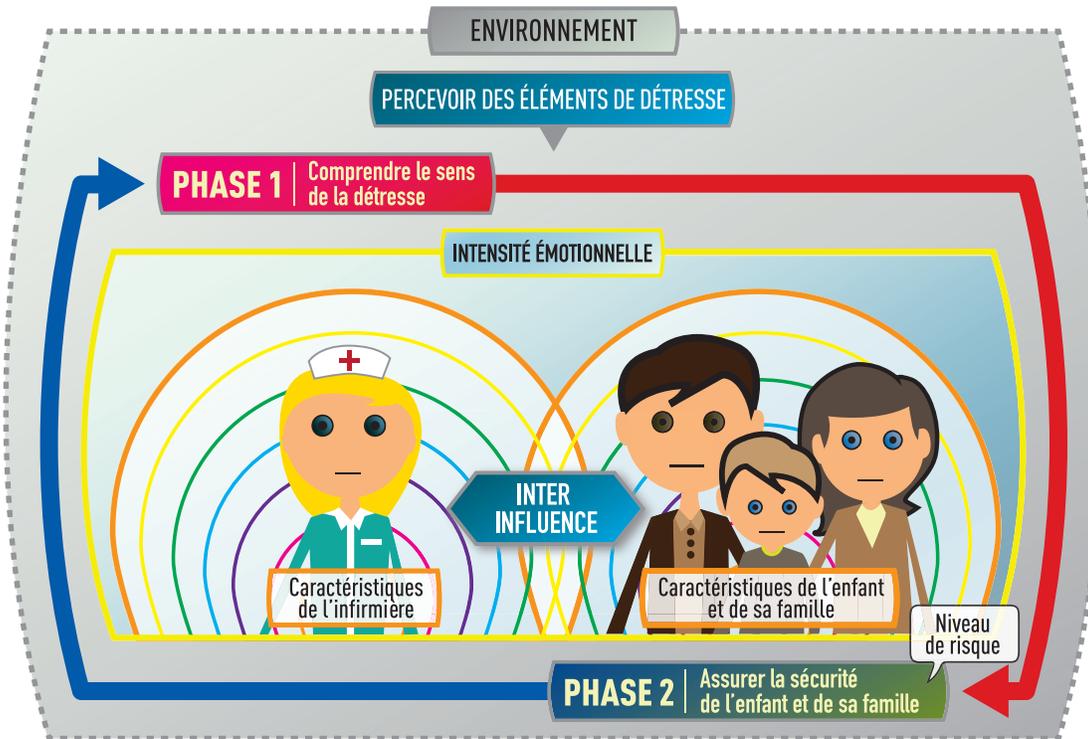


Figure 2 : Schématisation de la phase 1 du PERS



[...] c'est une personne anxieuse [...] tout est urgent avec elle. [Elle] paniquait avec l'automutilation quand c'est léger sans intention suicidaire. » (inf. 3, p. 16). Dans un tel contexte, le risque pourrait être amplifié et avoir des répercussions sur le reste du processus. En revanche, un professionnel avec un tempérament moins anxieux pourrait être davantage en mesure de prendre le temps de comprendre le sens des propos ou des gestes posés par l'enfant – « Je me demande toujours lorsque je constate des signes d'automutilation : est-ce dans l'intention de déplacer la souffrance ou avec l'intention de mourir ? » (inf. 3, p. 16) – et de prendre le temps de choisir la façon d'assurer la sécurité de l'enfant qui lui soit appropriée. Il est donc nécessaire que le professionnel prenne conscience de son propre tempérament lorsqu'il est question

Le tempérament du professionnel, qui fait référence à l'ensemble des traits ou types de comportements habituels de la personne, est un des éléments qui influence sa manière d'intervenir.

d'intervenir auprès d'un jeune suicidaire afin d'être conscient de l'influence que cela pourrait avoir sur ses interventions.

Les croyances du professionnel

Outre le tempérament, les croyances du professionnel à l'égard du risque suicidaire chez l'enfant vont également affecter les

interventions conduites par la suite. Les croyances qui ressortent le plus sont en lien avec le fait que les propos ou comportements suicidaires sont une expression de souffrance.

Dans le cadre de l'étude sur le PERS chez l'enfant, la plupart des participantes avaient la croyance que chez l'enfant les propos ou comportements suicidaires ne sont pas liés à un désir de mort, mais font plutôt référence à une détresse et une demande d'aide : « [...] En bas de 12 ans, je crois que c'est plus comme une façon de dire qu'il y a une souffrance puis qu'ils ont besoin d'aide. » (Inf. 10, p. 1). Cette croyance est fort probablement liée à l'idée qu'un enfant de 12 ans ne peut vouloir mourir. Cette croyance amène donc les professionnels à vouloir tenter de comprendre ce qui se trouve derrière de tels propos : « Il faut aller chercher la cause de la détresse dernière, car sans ça [...] je ne peux pas travailler sur ses fragilités, sur ses difficultés et sur l'espoir que ça peut s'améliorer. » (Inf. 6, p. 9). Même si pour plusieurs participantes il s'agit d'une expression de détresse, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un indicateur de risque, comme le mentionne une participante : « Je dénote quand même une détresse si c'est dit aussi gravement [...] c'est sûr qu'il y a un niveau de dangerosité plus élevé. » (Inf. 7, p. 23). Une croyance plus marginale chez certains professionnels veut que l'enfant utilise les propos suicidaires pour manipuler son environnement : « Souvent [...] il menace, il manipule, on le

Les croyances du professionnel à l'égard du risque suicidaire chez l'enfant vont également affecter les interventions conduites par la suite.

sait, c'est une grande gueule [...] il fait juste manipuler. » (Inf. 6, p. 5). Le danger avec une telle croyance est que les professionnels ne considèrent pas le niveau de risque suicidaire chez ce jeune et qu'aucune intervention ne soit mise en place pour assurer sa sécurité. Ainsi, considérant le fait que les propos ou expressions suicidaires sont une façon pour le jeune d'exprimer sa détresse, il serait pertinent d'aller voir au-delà des propos ou des comportements pour comprendre ce qui se passe, comme le mentionne une participante : « *Ça se peut que l'enfant menace, mais l'importance de la détresse est là versus oui je te menace et puis oui je cherche à attirer ton attention et à te faire réagir, mais, malgré tout, je suis vraiment en détresse derrière [...]. Aussi, le fait que je menace avec la question du suicide, ça m'ouvre la porte que c'est une possibilité, le suicide.* » (Inf. 6, p. 5).

Une autre croyance partagée par certaines participantes est que le sujet du suicide chez les enfants est un sujet tabou et qu'il vaut mieux ne pas en parler, de peur de mettre des idées dans la tête du jeune : « *Je trouve que c'est encore tabou un peu, en bas de 12 ans.* » (Inf. 1, p. 4). « *Ce n'est pas d'emblée qu'on va chercher ça, alors que les ados, on leur pose presque toujours la question.* » (Inf. 11, p. 6). Par conséquent, on peut constater que le sujet du suicide semble plus difficile à aborder auprès des enfants en comparaison aux autres groupes d'âge. Même lorsque les parents rapportent aux professionnels les propos ou comportements suicidaires d'un jeune, certains vont préférer ne pas aborder le sujet lors de la rencontre, comme le mentionne une participante : « *Le petit garçon que je soigne [...] quand il vient ici, on n'aborde pas ce sujet-là, mais ça a été abordé par sa mère et quand elle parle de ça avec moi, ce n'est pas devant lui.* » (Inf. 11, p. 5). Le risque ici est de ne pas être en mesure de bien saisir la détresse du jeune et de ne pas mettre en place les interventions adaptées à la situation pour assurer sa sécurité.

Une autre croyance que peuvent avoir les professionnels veut que le risque suicidaire soit rare chez les enfants : « *Je dirais que c'est un phénomène rare [...] en tout cas, moi, dans ma pratique [...] je ne pense pas avoir vu un jeune qui avait vraiment des idées suicidaires pour lesquelles il fallait faire quelque chose.* » (Inf. 5, p. 1). Une autre ajoute : « *Comme je dis, c'est très rare que j'aie eu à réévaluer le risque suicidaire d'un enfant de moins de 12 ans.* » (Inf. 2, p. 3). Ainsi, si le professionnel a la croyance qu'il s'agit d'un phénomène rare, il pourrait être moins porté à questionner un enfant sur de possibles idées suicidaires. Ainsi, afin de ne pas conclure prématurément sur le niveau de risque suicidaire et sur les interventions à mettre en place, les professionnels doivent reconnaître les croyances qui les habitent lorsqu'ils entrent en contact avec un jeune de moins de 12 ans qui présente des propos ou des comportements suicidaires.

Les expériences antérieures des professionnels

Les expériences antérieures des professionnels, qu'elles soient personnelles ou professionnelles, peuvent aussi influencer leur façon d'intervenir. Les expériences qui sont ressorties comme pouvant influencer l'intervention dans le cadre de l'étude sur le PERS étaient celles en lien avec le suicide et celles en lien avec la parentalité.

Les expériences antérieures des professionnels, qu'elles soient personnelles ou professionnelles, peuvent aussi influencer leur façon d'intervenir. Les expériences qui sont ressorties comme pouvant influencer l'intervention dans le cadre de l'étude sur le PERS étaient celles en lien avec le suicide et celles en lien avec la parentalité.

Ainsi, dans un premier temps, le fait d'avoir été exposé à un suicide dans son entourage ou d'avoir vécu le suicide ou une tentative de suicide d'un patient est ressorti comme pouvant produire des effets sur le PERS auprès des enfants. À ce sujet, une participante témoigne de l'impact du suicide d'un proche sur son rôle professionnel : « *Moi, c'était mon ex-conjoint que j'avais trouvé [...]. Moi, je n'avais rien vu, absolument rien. Je ne connaissais absolument rien de tout ça [...] Peut-être que j'en fais plus maintenant..., cela pourrait avoir eu un impact.* » (Inf. 1, p. 19). Ainsi, puisque cette professionnelle n'a pas été en mesure de prévenir le suicide d'un proche, elle devient plus vigilante par rapport aux signes avant-coureurs, ce qui l'amène à développer davantage son PERS auprès des enfants qu'elle rencontre. Cependant, l'intensité émotionnelle présente en raison de ce bagage personnel pourrait teinter son jugement clinique.

Lorsque l'expérience en lien avec le suicide est professionnelle, cela peut entraîner une remise en question des habiletés professionnelles et du jugement clinique. En effet, une des participantes à l'étude avait vécu la tentative de suicide d'un jeune dont elle s'occupait. Suite à cet événement, elle mentionne : « *Je me suis remise en question gros comme le bras. Est-ce que je fais la bonne évaluation? Est-ce que j'ai passé à côté de quelque chose?* » (Inf. 9, p. 11). Cette remise en question pourrait avoir pour effet de modifier la façon dont elle interviendra dans le futur : « *J'ai toujours l'impression d'être à côté de la track au niveau des idées suicidaires, surtout après cet événement-là.* » (Inf. 9, p. 12). Cela pourrait avoir pour effet de l'amener à intensifier le niveau d'intervention afin de se rassurer.

L'expérience parentale des professionnels, et plus particulièrement lorsqu'ils ont un enfant du même âge que celui dont ils font l'évaluation, semble également avoir un impact sur le PERS.

Dans cet ordre d'idée, une participante souligne le côté plutôt négatif que la parentalité peut engendrer sur le PERS : « *En gros, les collègues qui étaient moins intéressés là [à aborder le suicide avec les enfants], souvent ce sont des collègues qui ont des enfants de sept ou huit ans. Eux autres là, je me rappelle d'une de mes collègues qui a dit : ah non, je ne veux pas lui poser cette question-là, je ne suis pas à l'aise d'aller explorer ce thème avec les enfants.* » (Inf. 5, p. 10). Cette même participante qui venait d'avoir un bébé ajoute : « *avec un enfant ça..., mon impression, c'est que là, ça peut devenir difficile.* » (Inf. 5, p. 11). Afin d'éviter l'impact de la parentalité sur leur PERS et leurs interventions, certains vont établir une distance émotionnelle avec le jeune : « *il faut que je mette une distance, des fois il faut que je me parle parce que des fois j'ai comme l'impression que c'est comme si c'était mon fils en avant et des fois mon jugement serait altéré si je ne faisais pas ça.* » (Inf. 9, p. 20). Ainsi, le fait d'avoir des enfants du même âge peut complexifier le PERS et rendre le professionnel plus inconfortable dans l'intervention. Par ailleurs, pour une autre infirmière et son mari travaillant en contexte de santé mentale, le sujet du suicide auprès des enfants a soulevé un questionnement au plan personnel. Ils se sont demandé s'ils devaient en discuter avec leur fils de 12 ans, souvent témoin de leurs conversations. Or, le fait d'en parler avec lui ainsi que la manière dont cela a été fait a facilité par la suite le dialogue avec les enfants vus en clinique : « *un soir lors d'un souper, on a parlé du risque suicidaire avec lui et cela m'a donné des idées afin d'aborder cela avec les autres enfants de cet âge.* » (Inf. 8, carnet de notes). Par conséquent, les expériences de parentalité peuvent agir de manière positive ou négative sur le processus d'évaluation du risque suicidaire des enfants. En résumé, les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en lien avec le suicide ou la parentalité peuvent influencer la façon dont la phase 1 du processus va se déployer. Par ailleurs, les différents savoirs de l'infirmière ont également une influence sur la phase 1 du processus et font l'objet des paragraphes suivants. Certains professionnels peuvent voir aussi des aspects positifs à cette parentalité sur le PERS. Une participante mentionne que le fait d'avoir un enfant du même âge l'amène à mieux comprendre le vécu des enfants qu'elle rencontre, elle dit être « *plus sensible à la souffrance de l'enfant...* » (Inf. 1, p. 20). Cette expérience parentale l'a aussi amenée à modifier son opinion envers les parents, comme elle en témoigne dans l'extrait suivant : « *On a plein de préjugés envers des parents, ils font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont, c'est un peu ça. Anyway, oui, je pense que si je n'avais pas eu d'enfants, je serais extrêmement différente avec l'enfant et avec ses parents.* » (Inf. 1, p. 20). Ainsi, alors que pour certains professionnels le fait d'avoir des enfants peut entraîner un inconfort face au sujet, d'autres peuvent mieux comprendre la souffrance et être plus compréhensifs à l'égard des parents.

Les savoirs et la formation en prévention du suicide

Le savoir, le savoir-être et le savoir-faire des professionnels en lien avec la prévention du suicide vont également avoir un effet sur la façon dont ils vont intervenir et assurer la sécurité des jeunes. À

cet égard, la formation initiale des professionnels ne semble pas les préparer adéquatement pour intervenir en prévention du suicide, plus particulièrement auprès d'une population de jeunes de moins de 12 ans. En fait, la majorité des participantes rencontrées rapportent qu'elles manquent de formation spécifiquement pour le PERS auprès des moins de 12 ans. D'ailleurs, une participante déclare : « *Je n'avais pas de connaissances sur le suicide chez les enfants ni sur le suicide tout court.* » (Inf. 6, p. 1). À cet égard, une autre professionnelle travaillant en consultation externe précise : « *[...] C'est un peu au niveau de l'entrevue, puis je pense qu'il nous manque des balises dans notre formation par rapport à tout ce qui est au niveau de l'évaluation suicidaire, mais encore plus chez les enfants.* » (Inf. 10, p. 7). Certains professionnels vont pour leur part aller chercher de la formation continue en lien avec la prévention du suicide, et cela peut, même si c'est pour la population adulte, les outiller d'une certaine façon : « *J'ai aimé cela [grille de Suicide Action Montréal], ça me donne des outils* (Inf. 8, p. 13). Elle ajoute : *J'évalue, mais je me sens aussi plus capable d'intervenir, peut-être amener de l'espoir.* » (Inf. 8, p. 13). Néanmoins, pour la majorité des infirmières, les formations suivies, qu'elles aient été initiales ou continues, ne semblent pas répondre à leurs besoins en prévention du suicide auprès des moins de 12 ans.

À la lumière des résultats de cette recherche portant sur l'expérience d'infirmières face à l'évaluation du risque suicidaire chez les moins de 12 ans, il apparaît essentiel de développer et d'offrir des formations spécifiques à cette clientèle afin d'outiller les professionnels dans leurs interventions auprès des jeunes de moins de 12 ans qui vivent une détresse entraînant des idées et des comportements suicidaires. Cette formation devrait également soutenir les professionnels afin qu'ils soient en mesure de mieux se connaître (tempérament, croyances, expériences antérieures, savoirs), compte tenu de l'impact de ces dimensions dans l'intervention. ■

Références

- Drapeau, C. W. et McIntosh, J. L. (2020). *U.S.A. Suicide 2018*. American Association of Suicidology. <http://www.suicidology.org> [Google Scholar]
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Institut national de santé publique du Québec.
- Lalonde, P., Pinard, G.-F. et al. (2016). *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 – Mise à jour 2022*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Miller, D. (2018). Suicidal behavior in children: issues and implications for elementary schools. *Contemporary School Psychology*, 23, 357-366. doi: 10.1007/s40688-018-0203-0
- Ridge Anderson, A., Keyes, G. M., et Jobes, D. A. (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations*, 1(1), 3-19. doi: 10.1037/pri0000018
- Whalen, D. J., Dixon-Gordon, K., Belden, A. C., Barch, D. et Luby, J. L. (2015). Correlates and consequences of suicidal cognitions and behaviors in children ages 3 to 7 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 926-993. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.009

SOUTENIR LA MISE EN PLACE D'UN FILET DE SÉCURITÉ PAR L'UTILISATION D'UN OUTIL D'AIDE À LA RÉFLEXION CLINIQUE

Olivia Bourget, M. Sc. ps. éd., agente de planification, de programmation et de recherche et coordonnatrice professionnelle à l'équipe 2^e niveau santé mentale et prévention suicide du CISSS de la Montérégie-Est



L'équipe 2^e niveau du CISSS de la Montérégie-Est est une équipe de soutien multidisciplinaire spécialisée en santé mentale et en prévention du suicide pour les jeunes en besoin de protection et de réadaptation (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Dans l'optique de soutenir la mise en place d'un filet de sécurité dans un milieu de vie naturel pour un enfant ayant une problématique suicidaire, deux intervenantes de l'équipe 2^e niveau santé mentale et prévention du suicide ont créé un outil de réflexion clinique (Couture et Bourget, 2018). L'objectif de cet outil est de soutenir les intervenants proximaux travaillant auprès des enfants et de leurs familles dans un contexte de protection de la jeunesse dans la mise en place d'un filet de sécurité adapté et centré sur leurs besoins. Cet article présentera les différents défis rencontrés auprès de la clientèle en protection de la jeunesse et

exposera les indicateurs de réflexion liés au filet de sécurité lors d'une problématique suicidaire. Un exemple de cas clinique et de mise en place d'un filet de sécurité avec l'utilisation de l'outil sera présenté à l'annexe 1. Il est important de noter que seule l'intervention dans la mise en place d'un filet de sécurité sera abordée dans cet article. Il va de soi que l'évaluation permettant de comprendre le sens des manifestations de l'enfant et sa dynamique familiale doit être réalisée en parallèle ou en amont.

Les nombreux défis de l'intervention

L'intervention auprès des enfants ayant une problématique suicidaire comporte plusieurs défis. Le premier défi réside en la croyance qu'il est impensable qu'un enfant puisse vouloir s'enlever la vie (Maltais, Genest et Larue, 2019) ou encore que

Or, force est de constater que ces pratiques peuvent résulter de la mise en place des filets de sécurité servant à rassurer ces intervenants ou encore à mettre en place des filets de sécurité excessifs non adaptés aux besoins des enfants.

l'enfant ne puisse se suicider puisqu'il ne comprend pas le concept de mort (Ridge Anderson, Keyes et Jobes, 2016). Cette croyance peut faire en sorte que le phénomène du suicide chez l'enfant est sous-estimé. La sous-estimation de ce phénomène peut ainsi amener chez certains parents (Orban et Malchair, 2010) et même chez certains cliniciens (Vadervoerde, 2015) une banalisation voire un déni du phénomène et, par le fait même, une minimisation des actions qui doivent être mises en place pour assurer la sécurité des enfants. Le suicide chez les adultes est un sujet très tabou et difficile à aborder, et c'est encore plus délicat lorsqu'il est question d'enfants (Maltais, Genest, et Larue, 2019).

En contrepartie, les difficultés à mesurer objectivement les comportements suicidaires des enfants (Maltais, Genest et Larue, 2019) et l'absence d'utilisation d'une grille d'évaluation standardisée pour l'évaluation du risque suicidaire chez les enfants de 13 ans et moins ont suscité un sentiment d'insécurité chez plusieurs intervenants. De ce fait, il est fréquent de voir certains d'entre eux utiliser des outils tels que la grille d'estimation du risque d'un passage à l'acte suicidaire (AQPS, 2022) pour les personnes de 14 ans et plus ou encore d'autres outils maison non

Le Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire mentionne d'ailleurs que la mobilisation des donneurs de soins et le soutien offert à l'enfant constitueraient une dimension transversale et incontournable pour prévenir le suicide chez les enfants.

standardisés. Or, force est de constater que ces pratiques peuvent résulter de la mise en place des filets de sécurité servant à rassurer ces intervenants ou encore à mettre en place des filets de sécurité excessifs non adaptés aux besoins des enfants.

Un autre défi majeur tient au type de clientèle desservie par les équipes en protection de la jeunesse. En effet, ces intervenants travaillent auprès d'enfants ayant vécu de la maltraitance, de la négligence, des conflits familiaux ou des abus. La complexité de l'intervention réside donc dans le fait que lorsqu'un enfant demeure dans son milieu de vie naturel, les intervenants doivent susciter la collaboration et la mobilisation des parents. Or, ces parents qui adoptent des pratiques parentales problématiques d'indifférence, de négligence, de maltraitance ou encore qui sont source de conflits familiaux représentent un défi supplémentaire à l'intervention (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2021). Comment les intervenants en protection de la jeunesse peuvent-ils mettre en place un filet de sécurité pour les enfants à risque suicidaire tout en mobilisant des parents pour qui certaines pratiques parentales sont au cœur même de la raison principale de l'implication de la Protection de la jeunesse? Selon Ridge Anderson, Keyes et Jobes (2016), les attitudes parentales face aux pensées suicidaires des enfants jouent un rôle essentiel dans la compréhension de la dynamique familiale et dans la planification d'un filet de sécurité. *Le Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire* (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2021) mentionne d'ailleurs que la mobilisation des donneurs de soins et le soutien offert à l'enfant constitueraient une dimension transversale et incontournable pour prévenir le suicide chez les enfants.

C'est la complexité de ces nombreux défis qui a mené à l'élaboration d'un outil d'aide à la réflexion pour la mise en place d'un filet de sécurité en milieu naturel, et ce, lors d'une problématique suicidaire dans un contexte de protection de la jeunesse. L'outil ne sert pas d'algorithme décisionnel et n'a pas fait l'objet d'une évaluation ou d'une validation scientifique. Il s'agit plutôt d'un outil de réflexion maison qui, bien que résultant de plusieurs années d'intervention, demeure encore à ce jour en constante évolution. Le jugement clinique demeure essentiel dans l'utilisation de cet outil qui s'inscrit dans un processus clinique et personnalisé pour chaque enfant et pour sa situation (Couture et Bourget, 2021).

Le filet de sécurité

Avant de présenter les indicateurs identifiés dans l'outil de réflexion clinique, il s'avère essentiel de bien comprendre en quoi consiste un filet de sécurité. Celui-ci correspond à l'ensemble des mesures ou des actions mises en place pour assurer la sécurité affective et physique d'un enfant, résorber la situation problématique et réduire la détresse de l'enfant (équipe 2^e niveau santé mentale et prévention du suicide, 2019). Le filet de sécurité doit être adapté aux besoins et capacités de l'enfant et de ses donneurs de soins. Chaque filet de sécurité est donc unique et doit également être ajusté et modulé selon l'évolution de la situation et du risque suicidaire (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2021).

Présentation de l'outil de réflexion clinique

Une réflexion doit d'abord être réalisée à propos du parent lui-même et de sa position face à la situation. Pour ce faire, l'intervenant est invité à réfléchir et à répondre aux questions suivantes qui serviront de base à l'établissement du filet de sécurité :

- 1) L'adulte responsable de l'enfant est-il informé de la situation ou de la problématique suicidaire chez l'enfant ?
- 2) L'adulte responsable de l'enfant est-il disponible, physiquement et affectivement, pour assurer la sécurité de l'enfant ?
- 3) L'adulte responsable est-il capable d'assurer la sécurité et de mettre en place les mesures nécessaires pour diminuer l'accessibilité aux moyens identifiés par l'enfant ?

À partir des réponses obtenues, les intervenants peuvent ensuite se référer aux indicateurs présents dans l'outil pour optimiser le filet de sécurité en fonction de la spécificité de chacune des situations. Voici ces indicateurs :

Le motif du signalement

Avec ce critère, il s'agit de chercher à savoir, en concordance avec le mandat en protection de la jeunesse, si le motif de signalement peut mettre en doute la capacité de l'adulte responsable à assurer la mise en place d'un filet de sécurité (ex. : négligence, attitudes parentales inappropriées).

Le niveau de connaissance du dossier par l'intervenant

- Est-ce un milieu bien connu ou un nouveau dossier pour lequel il y a peu d'informations connues ?
- L'intervenant a-t-il eu à accompagner les adultes responsables dans la mise en place d'un filet de sécurité par le passé ?
- Si oui, quels éléments ont été optimaux et lesquels ne l'ont pas été ?

Le niveau de collaboration et d'ouverture de l'enfant

Puisque l'enfant est la principale source d'information en lien avec la problématique suicidaire, cet indicateur permet d'être vigilant face à son état, sa disponibilité et son ouverture à recevoir de l'aide.

- L'enfant est-il collaborant, méfiant, inquiet pendant l'intervention ?
- A-t-il tendance à donner les réponses attendues par l'intervenant pour éviter des conséquences (ex. : placement en centre de réadaptation, hôpital) ?
- Est-ce que l'enfant nie ses propos ?
- L'enfant est-il collaborant à mettre en place certaines mesures lui-même ?
- L'enfant s'engage-t-il dans un plan d'action pour se protéger lui-même ?

La santé mentale de l'enfant

- Est-ce que l'enfant présente des diagnostics ou des comportements qui peuvent influencer le filet de sécurité (ex. : impulsivité liée à un TDAH) ?
- L'enfant prend-il de la médication ?

- La prise de la médication est-elle stabilisée ?
- L'enfant consomme-t-il des drogues ou de l'alcool ?
- Si oui, quels sont ses modèles de consommation ?
- Consomme-t-il socialement ou lorsqu'il est triste ?

La présence de moment critique

Le moment critique correspond à tout moment perçu par l'enfant qui pourrait le rendre plus vulnérable et accentuer le risque d'un passage à l'acte suicidaire (équipe 2^e niveau santé mentale et prévention du suicide, 2019) (ex. : tribunal, changement de milieu de vie, séparation).

- L'enfant vit-il un moment critique actuellement ?
- Est-ce qu'un moment critique pourrait se produire dans les prochaines 24-48 heures ?
- Si oui, de quelle nature ?

La nature du lien entre l'enfant et l'adulte responsable

Un des principaux facteurs de protection de l'enfant est la présence d'un réseau social. Il est donc essentiel de vérifier si l'enfant peut identifier un adulte à qui il peut se confier.

- L'enfant sent-il qu'il peut se confier à lui ?
- Quelle est la nature de la relation entre l'enfant et l'adulte ?
- Comment l'enfant et l'adulte communiquent-ils habituellement ?
- Quels contextes favorisent les discussions ?
- Est-ce qu'ils font des activités ensemble ?
- Comment se déroulent ces activités ?

L'état et le niveau de fonctionnement de l'adulte ou de la famille

Sachant que l'enfant évolue dans un système familial, il est important de s'attarder à l'état et au niveau de fonctionnement de l'adulte et de la famille.

- Quel est l'horaire de travail de l'adulte ?
- Pourrait-il être en état de consommation pendant qu'il est responsable de l'enfant ?
- L'adulte a-t-il une problématique de santé mentale ?
- Comment cette problématique peut-elle avoir un impact sur l'enfant ?
- L'adulte vit-il une période empreinte d'adversité (séparation, perte d'emploi) ?
- Le climat familial peut-il fragiliser davantage l'enfant (tension, conflit) ?

Les options prévues en cas de détérioration

- Comment l'adulte gère-t-il une crise de son enfant habituellement ?
- Quels sont les moyens mis à sa disposition pour apaiser l'enfant ?
- Quel est le plan de match s'il y a détérioration de l'état et du fonctionnement de l'enfant ?
- L'adulte est-il en mesure de mettre en place ces moyens ?
- Connait-il ses propres limites et le moment auquel il doit demander de l'aide ?

- Quels sont les éléments ou les objets qui apaisent l'enfant (musique, toutou, objet symbolique)?

L'organisation physique des lieux

- Où se trouve la chambre de l'enfant?
- Se retrouve-t-elle sur le même étage ou à proximité de celle de l'adulte responsable?
- Y a-t-il des pièces qui se verrouillent outre la salle de bain?
- La maison est-elle près d'un pont, d'une voie ferrée?
- L'enfant a-t-il accès à une piscine ou à un balcon?

L'accessibilité du moyen

Il n'est pas possible de sécuriser complètement un milieu de vie naturel. Il est toutefois essentiel de retirer l'accessibilité au moyen identifié par l'enfant pour se donner la mort, ainsi que cibler ce qui pourrait être utilisé comme des objets d'opportunités.

- Actuellement, y a-t-il des éléments facilement accessibles et potentiellement dangereux?
- L'enfant a-t-il accès à une arme à feu?
- De quelle façon est-il possible d'impliquer l'enfant dans la sécurisation de son environnement?
- L'enfant gère-t-il lui-même sa médication?
- Si oui, devons-nous y porter une attention particulière?

La planification de l'horaire

- L'enfant sera-t-il à la maison en présence d'un adulte?
- Si l'adulte doit s'absenter, quel autre adulte peut être avec l'enfant?
- Est-ce que l'enfant est en congé scolaire?
- Quelles sont les activités planifiées?
- Qui est présent habituellement dans la maison?
- Comment les routines, la période des devoirs ou la fin de semaine se déroulent-elles?
- L'enfant va-t-il chez un ami?
- A-t-il des activités parascolaires (ex. : sports, maison des jeunes)?
- A-t-il un emploi?

La nature du lien du parent avec le milieu scolaire

- Y a-t-il un lien de partenariat entre l'école et le parent?
- À l'inverse, y a-t-il des tensions ou des conflits? Le milieu scolaire est-il au courant de l'état de l'enfant?
- Le milieu scolaire est-il en mesure de mettre en place un filet de sécurité?
- L'enfant est-il suivi par un professionnel de l'école?
- Existe-t-il un risque pour l'enfant dans son déplacement vers l'école?
- Quels moyens peuvent être mis en place pour assurer la sécurité de l'enfant lors de son déplacement?

Le réseau social de la famille

- Y a-t-il un autre adulte qui peut venir en soutien à l'adulte responsable pendant la période où la dangerosité est plus élevée?

- L'enfant peut-il aller chez un membre de la famille ou chez un adulte significatif?

Les ressources communautaires de la famille

- Quelles sont les ressources à la disposition du parent?
- Connait-il les ressources communautaires du quartier?
- L'intervenant peut-il impliquer certaines ressources pour établir des contacts avec l'enfant et sa famille durant la fin de semaine?
- L'adulte a-t-il accès aux numéros d'urgence?
- Centre de crise de la région?
- Urgence DPJ?

Le mot de la fin

Une grande partie du travail des intervenants en protection de la jeunesse consiste à gérer des situations à risque. Comment peuvent-ils être accompagnés quand un des risques à gérer est la mort? L'équipe 2^e niveau tente de soutenir quotidiennement les intervenants travaillant auprès de ces enfants et de leurs familles. L'impuissance vécue par ces intervenants est extrêmement présente. Malgré cela, ces intervenants sont au rendez-vous, jour après jour, pour accompagner les familles et les enfants face à plusieurs problématiques, dont celle du suicide. Il est souhaité que l'outil d'aide à la réflexion clinique apporte du soutien concret afin que personne ne se retrouve seul face à cette problématique complexe qu'est le suicide. ■

Références

AQPS. (2022). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Récupéré le 22 décembre 2022 de <http://aqps.info>

CIUSSS de l'Estrie – CHUS. (2021). *Guide de soutien pour intervenir auprès d'un enfant de 5 à 13 ans à risque suicidaire*. Gouvernement du Québec.

Couture, N. et Bourget, O. (2018). *Outil d'aide à la prise de décision dans la mise en place des mesures de sécurité en milieu naturel lors d'une problématique en prévention du suicide*. Équipe 2^e niveau santé mentale et prévention suicide, CISSS de la Montérégie-Est.

Couture, N. et Bourget, O. (2021). *Webinaire sur l'outil d'aide à la prise de décision dans la mise en place des mesures de sécurité en milieu naturel lors d'une problématique en prévention du suicide*. Communauté de pratique prévention suicide 5-13 ans.

Équipe 2^e niveau santé mentale et prévention suicide. (2019). *Modèle d'intervention clinique en prévention du suicide (MICPS)*. CISSS de la Montérégie-Est.

Maltais, N., Genest, C. et Larue, C. (2019). Quand la détresse émotionnelle se traduit par des idées ou comportements suicidaires : une revue exploratoire sur le risque suicidaire chez les moins de 12 ans. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 67, 219-229.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficultés recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Orban, G. et Malchair, A. (2010) Le comportement suicidaire chez l'enfant. *Revue médicale de Liège*, 2, 67-70.

Ridge Anderson, A., Keyes, G. M. et Jobes, D. A. (2016). Understanding and Treating Suicidal Risk in Young Children, *Practice Innovations*, 1, 3-19.

Vandevoorde, J. (2015). Les gestes suicidaires chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 28, 197-204.

PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE ET D'UN FILET DE SÉCURITÉ AVEC L'UTILISATION DE L'OUTIL DE RÉFLEXION

Présentation

Olivier a 10 ans. Il a verbalisé des idées suicidaires aujourd'hui à l'éducatrice spécialisée de son école. Il a dit qu'il avait pensé quelques fois à se lancer d'un balcon. Les parents d'Olivier sont séparés et ils ont une garde partagée. Chaque parent a déménagé récemment dans un nouveau milieu de vie. Cela a provoqué un changement d'école ainsi qu'une légère baisse des résultats scolaires. Le père d'Olivier est très affecté par la séparation et il est en arrêt de travail. Olivier est souvent absent de l'école et la situation a récemment été signalée à la Protection de la jeunesse. La famille aurait déjà reçu des services du CLSC, mais les suivis se seraient terminés à cause du manque de continuité et de mobilisation de la part des parents une fois la crise apaisée. Olivier a un diagnostic de TDAH et de trouble d'apprentissage. Il prend une médication depuis un an. Les deux parents continuent d'assurer les activités parascolaires d'Olivier, dont le hockey où Olivier continue d'avoir beaucoup de plaisir. L'enfant voit un psychologue depuis quelques mois.

Le père habite au quatrième étage d'un immeuble à logements. Lorsqu'il a la garde de son fils, il se lève tous les matins pour accompagner Olivier dans sa routine. Toutefois, au moindre refus de ce dernier d'aller à l'école, monsieur abandonne et motive l'absence de son fils. Pour ne pas inquiéter son père, Olivier aurait aussi tendance à se refermer sur lui-même et à s'isoler dans sa chambre lorsqu'il ne va pas bien. Lors de son déplacement vers l'école, il marche pendant 400 mètres et doit passer sur un pont.

Lorsqu'il est chez sa mère, Olivier gère lui-même sa médication, car sa mère quitte le domicile avant son réveil. Il oublie sa médication un jour sur trois. Quand il ne prend pas sa médication, Olivier a de la difficulté à se concentrer à l'école et a tendance à se dénigrer. Il peut avoir plusieurs conflits avec sa mère suite à des demandes de cette dernière. Madame a de la difficulté à être constante et se sent impuissante face aux comportements d'opposition de son fils. La mère habite en face de l'école et son amie de confiance habite trois maisons à côté de la sienne.

Proposition du filet de sécurité

- Tant que l'évaluation de la situation n'est pas complétée, ne pas laisser l'enfant seul à la maison. Il doit être en présence d'un adulte informé de la situation, disponible et en mesure d'assurer le filet de sécurité.
- Établir un plan de soutien auprès du père qui semble fragilisé actuellement par la séparation.
- Envisager avec Olivier et ses parents la possibilité qu'il aille habiter chez sa mère pendant un certain temps, considérant le moyen identifié par l'enfant (se jeter en bas du balcon) et le fait qu'il passe sur un pont lorsqu'il se rend à l'école à partir de chez son père.
- Identifier avec la mère des moyens concrets ou des ressources lorsqu'elle sentira le besoin d'avoir du soutien dans l'intervention auprès de son fils.
- Identifier avec la mère et l'enfant un moyen concret pour qu'Olivier puisse prendre sa médication de manière constante afin d'aider sa concentration à l'école et son estime de soi (implication de l'école?).
- Placer la médication et les armes sous clés, même si ce ne sont pas des moyens identifiés par le jeune, car cela pourrait devenir des moyens d'opportunité.
- Établir avec l'enfant et sa famille un plan de sécurité. Le plan de sécurité est un outil conçu avec et pour l'enfant afin d'identifier clairement un plan s'il se retrouve à nouveau dans une situation de détresse (identification des déclencheurs et signaux de détresse, des moyens d'apaisement et des ressources disponibles).
- Avec le consentement des parents, échanger avec le milieu scolaire afin d'identifier une personne-ressource dans ce milieu auprès de qui Olivier peut se confier ou chercher du soutien.
- Obtenir le consentement des parents dans le but d'informer le psychologue de l'enfant de son état et de la situation.
- Poursuivre les activités parascolaires d'Olivier, qui semblent être un facteur de protection pour lui.

Autres éléments à valider

La mise en place d'un filet de sécurité est un processus en constante évolution. Le plan ci-dessus a été établi en fonction des premières informations recueillies. Au cours des prochains jours, il devra être modulé selon les nouvelles informations obtenues et selon l'état de l'enfant. Voici donc d'autres éléments qui pourront être évalués ultérieurement avec l'aide de l'outil :

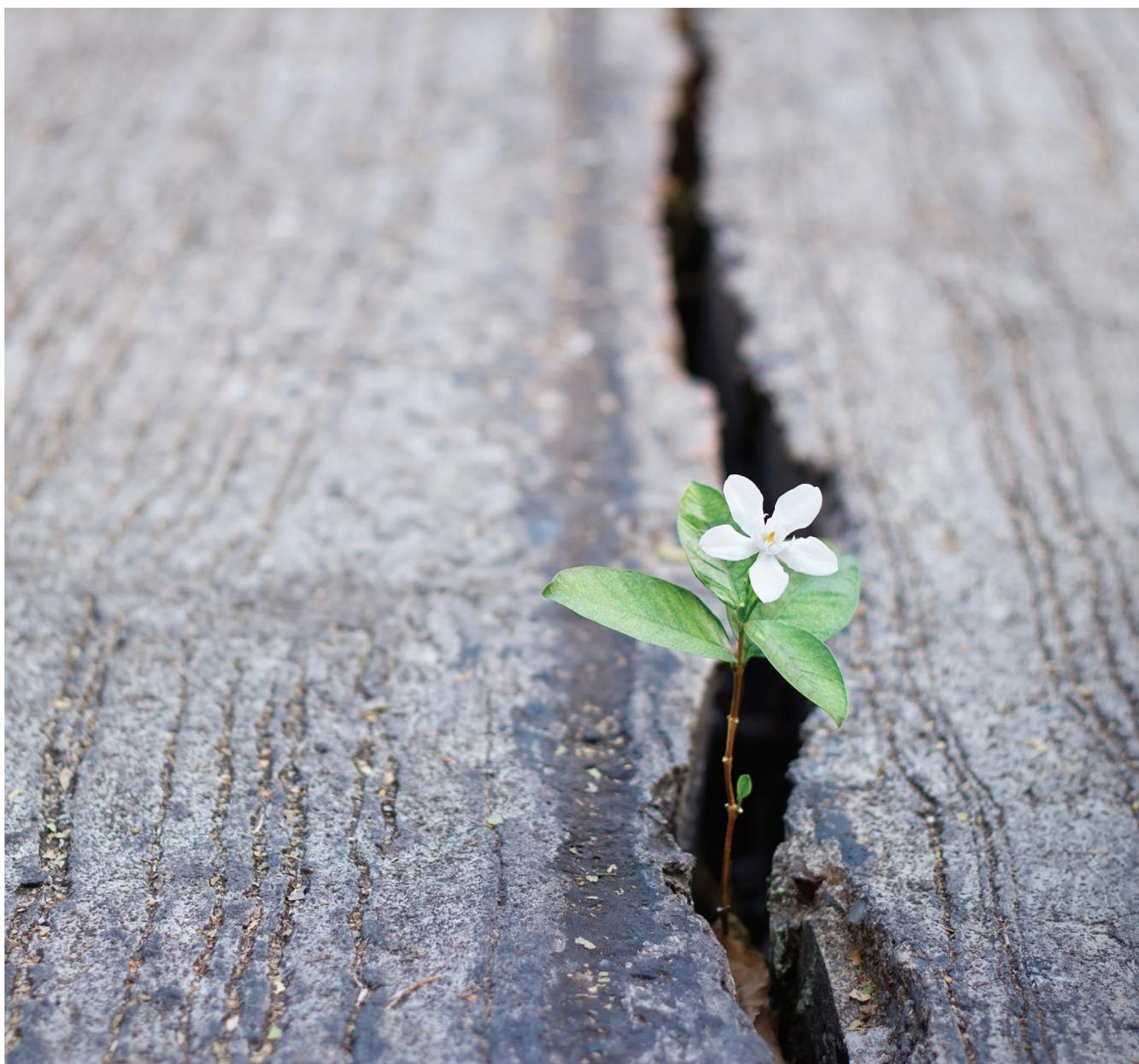
- Le niveau de collaboration et d'ouverture de l'enfant afin de voir son implication dans le filet de sécurité.
- Le confort de l'enfant d'être sous la supervision de l'amie de sa mère si celle-ci doit quitter le domicile.
- L'état de santé mentale de la mère. Comment va-t-elle planifier son horaire dans les prochains jours pour accompagner son fils?
- L'environnement physique du domicile de la mère et la proximité de sa chambre et celle de l'enfant.
- Le réseau social du père qui pourrait le soutenir dans l'intervention et l'accompagnement de son fils.
- Le fonctionnement de l'enfant au niveau de ses comportements à l'école lors des transitions, des récréations et des périodes de dîner afin de vérifier si le jeune doit être accompagné.
- La présence imminente d'un moment critique afin de savoir si un événement pourrait augmenter la détresse de l'enfant.

AUDIS : MIEUX PRÉVENIR LE SUICIDE CHEZ LES PERSONNES AUTISTES OU PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Cécile Bardon, Ph. D, directrice associée du CRISE, professeure au département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Véronique Longtin, Ph. D, ps. éd., conseillère experte en troubles graves de comportement, Service québécois en troubles graves du comportement

Rébecca Beaulieu-Bergeron, D. Psy., psychologue, conseillère en troubles graves de comportement, Service québécois en troubles graves du comportement



Avant 2018, il n'existait pas ou peu d'outils ou de guides de pratiques pour soutenir la prévention du suicide chez les personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle (DI). Or, ces personnes ont des besoins spécifiques, et les outils d'estimation du risque suicidaire et les interventions développées pour la population générale ne répondent pas toujours adéquatement à leurs profils.

Pour répondre à ces besoins spécifiques, des outils ont été développés avec et pour les milieux qui interviennent auprès de cette clientèle. Le processus Autisme-Déficience Intellectuelle-Suicide (AUDIS) est le fruit d'une série de projets de recherche collaboratifs entre les milieux de la recherche et de l'intervention¹. Il propose un modèle dynamique pour mieux comprendre le suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI et un processus clinique pour prévenir le suicide et, surtout, réduire le risque suicidaire.

Toutefois, pour mobiliser les milieux d'intervention autour de la prévention du suicide, il est essentiel de reconnaître l'existence des comportements suicidaires chez les personnes autistes ou présentant une DI. Une fois le phénomène reconnu, l'adoption des outils du processus AUDIS peut guider l'intervention dans les milieux de la réadaptation.

Portrait de la suicidalité des personnes autistes ou présentant une déficience intellectuelle

Les comportements suicidaires sont de mieux en mieux compris chez les personnes autistes, mais encore trop peu détectés chez les personnes présentant une DI. Toutefois, les quelques données disponibles indiquent des taux de comportements suicidaires plus élevés chez ces personnes que dans la population générale.

Beaucoup plus présent chez les personnes autistes

Chez les jeunes autistes, les décès par suicide sont deux fois plus nombreux que chez les jeunes neurotypiques (Diallo *et al.*, 2017) et les tentatives de suicide sont jusqu'à six fois plus nombreuses comparées au même groupe (Moses, 2018). Entre 2 % et 9,6 % des enfants autistes ont déjà visité les urgences pour des idées suicidaires (Cervantes *et al.*, 2022; Hunsche *et al.*, 2020).

En ce qui concerne les adultes, le taux de suicide semble de deux à quatre fois plus élevé chez les autistes que dans la population générale (Jokiranta-Olkonemi *et al.*, 2021; Kølves *et al.*, 2021). Plus de 10 % des personnes décédées par suicide ont un diagnostic d'autisme, alors qu'elles ne représentent que 1,1 % de la population (Cassidy *et al.*, 2022). Jusqu'à 19 % des adultes autistes indiquent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Dow *et al.*, 2021). Enfin, 37 % des adultes autistes ont déjà visité les urgences psychiatriques à la suite d'une tentative de suicide (Jachyra *et al.*, 2022).

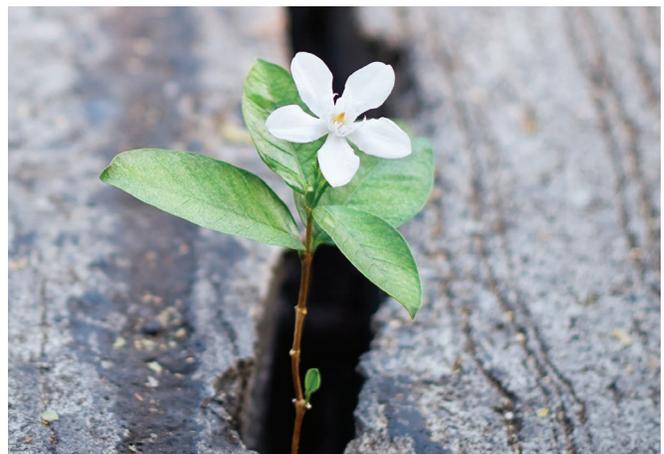
Peu documenté chez les personnes présentant une DI

Les comportements suicidaires des personnes présentant une DI sont beaucoup moins bien documentés. Toutefois, une étude note une incidence de 11 % de tentative de suicide et de 23 % d'idéations suicidaires chez les adultes présentant une DI (Lunsky, 2004). Chez les jeunes présentant une DI, les données sont encore plus rares. Entre 17 % et 48 % ont déjà fait une tentative de suicide (Ludi *et al.*, 2012) et entre 22 % et 60 % ont déjà eu des idées suicidaires (Ludi *et al.*, 2012; Weinheimer, 2019). En ce qui concerne plus particulièrement les enfants présentant une DI, une seule étude recensée conclue que 1,3 % ont déjà visité les urgences pour des idées suicidaires (Cervantes *et al.*, 2022).

Fondements pratiques du processus AUDIS

Certains constats cliniques et résultats de recherche liés aux particularités des personnes autistes ou présentant une DI en ce qui concerne le risque suicidaire ont guidé l'équipe de recherche de Cécile Bardon dans le développement du processus AUDIS et des outils qui le soutiennent (Bardon et Morin, 2015-2020). Les principaux constats sont les suivants :

- La personne autiste ou présentant une DI peut éprouver des difficultés de communication, rendant difficile la compréhension de sa détresse et de ses manifestations associées au suicide (MAAS)².
- Les MAAS peuvent aussi ne pas ressembler aux manifestations de la population générale (verbalisations, moyens envisagés pour se suicider, fluctuation rapide de l'intention, etc.) et risquent de ne pas être prises au sérieux. Des exemples de MAAS sont présentés dans le tableau 1.
- La personne autiste ou présentant une DI peut éprouver plus de difficultés qu'une personne neurotypique à évaluer son état émotionnel. Il est donc important de mettre en place des



1. Le site ditsasuicide.ca a pour objectif de présenter et de rendre accessibles les outils de prévention du suicide adaptés aux personnes autistes ou présentant une DI. Les informations concernant le processus AUDIS et les projets de recherches collaboratifs s'y trouvent.
2. Le terme Manifestations Associées Au Suicide (MAAS) a été choisi pour refléter la variété des comportements pouvant exprimer la suicidalité des personnes autistes ou présentant une DI.

éléments de soutien structurants et adaptés à ses besoins pour réduire ses MAAS.

- Les intervenants des milieux de la réadaptation se sentent souvent démunis face à la détresse et aux MAAS des personnes autistes ou présentant une DI.
- La personne autiste ou présentant une DI peut présenter des dynamiques de récurrence de comportements suicidaires. Il est donc important de comprendre la prévention du suicide dans un continuum en planifiant une intervention longitudinale pour en réduire le risque.
- Les activités de prévention du suicide doivent se faire en équipe afin de permettre une mise en commun des différentes perspectives des intervenants et proches qui soutiennent la personne autiste ou présentant une DI. Toute décision clinique dépend toujours du jugement et de l'interprétation des acteurs présents au moment où se produisent les MAAS, mais aussi des processus et outils utilisés lors des évaluations ainsi que de la manière de recueillir l'information. Le jugement clinique commun doit rester au cœur du travail d'estimation et d'intervention en prévention du suicide. Aucun outil ne peut ni ne doit le remplacer.

Recueillir des informations sur les MAAS et assurer la prévention du suicide

L'exploration de la suicidalité avec une personne autiste ou présentant une DI peut se faire de manière verbale directe ou indirecte, par des pictogrammes et des dessins, en utilisant des scénarios sociaux ou par diverses activités individuelles. Pour recueillir ces informations, il est important d'en varier les sources et de ne pas négliger l'observation directe de la personne, de son comportement, son attitude, ses expressions corporelles, ses émotions, ainsi que des changements perceptibles dans ces expressions. La triangulation des sources d'information aide à valider l'information (personne, proche, intervenants) et peut renforcer sa qualité. Questionner un tiers par rapport aux comportements de la personne et aux changements observés dans son fonctionnement est une bonne stratégie, mais elle ne doit pas être utilisée seule, puisque les proches peuvent avoir une perception biaisée des émotions de la personne. Bien connaître les styles de fonctionnements habituels de la personne est essentiel puisque les MAAS représentent souvent des changements dans ce fonctionnement.

Tableau 1 : Types de manifestations associées au suicide observables chez les personnes autistes ou présentant une DI

Type de MAAS	Exemples
Pensées (non observables ou non communiquées)	<ul style="list-style-type: none"> • Penser à sa propre mort lorsqu'on est triste • Penser à cacher un couteau dans sa chambre • Avoir des flashs suicidaires ou se voir mort • Penser à la réaction des proches si on était mort ou disparu
Communications verbales directes	<ul style="list-style-type: none"> • « Je veux mourir » ; « Je veux me suicider » ; « J'ai des pensées noires »
Communications verbales indirectes	<ul style="list-style-type: none"> • « Je veux rejoindre ma grand-mère au cimetière » ; « Je voudrais être mort » ; « Vous seriez mieux sans moi » ; « Je veux partir loin et ne pas revenir » ; « Je veux aller avec les oiseaux » ; « Je veux faire comme ... (la personne qui s'est suicidée) »
Communications verbales directes ou indirectes par texto ou médias sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Sous forme de phrases (affirmations, questions), images, « J'aime » sur des publications parlant de la mort ou du suicide, etc.
Communications non verbales	<ul style="list-style-type: none"> • Dessins représentant un acte violent ou un geste suicidaire, des tombes, la souffrance, des objets pour se suicider • Mimes : s'étrangler, se couper
Comportements auto-agressifs sans blessure	<ul style="list-style-type: none"> • Essayer de s'enfoncer un objet non coupant (une branche), à travers la peau (dans le ventre, bras ou jambe) • Avaler des pilules ou des substances non toxiques (sans connaître le niveau de danger) • Essayer de s'étrangler avec ses mains ou de retenir sa respiration
Comportements auto-agressifs avec blessures ou avec décès	<ul style="list-style-type: none"> • Avaler des pilules ou des substances ayant un potentiel toxique (drogues) • Se blesser avec un objet coupant • S'étrangler ou se pendre avec une ceinture, une serviette ou une corde • Sauter d'une fenêtre ou d'un endroit élevé • Se jeter devant un véhicule • Sauter à l'eau (sans savoir nager, sans regarder) • Traverser la rue sur une lumière rouge ou rail de métro

3. Le modèle du processus AUDIS a été développé à partir d'une étude menée entre 2015 et 2017 auprès de 100 usagers des services spécialisés DI-TSA de 12 CIUSSS et CISSS au Québec (Bardon, Morin & Millette, 2020). Il fait l'objet d'une étude de validation dont les résultats ont été intégrés aux mises à jour des outils.

Quand une personne dit qu'elle veut mourir, qu'est-ce qui constitue des propos valides ?

La question de la validité des propos tenus par la personne autiste ou présentant une DI est souvent posée par les intervenants, parfois par méconnaissance, souvent parce qu'ils se sentent impuissants. Toutefois, ce jugement sur la validité n'est pas important et peut même être nuisible à la mise en place de l'intervention. Quand la personne a des MAAS, c'est parce qu'elle souffre, et sa détresse ne doit en aucun cas être invalidée. Il est nécessaire de prendre tous les épisodes de MAAS au sérieux pour éviter le risque de banalisation, tout en évitant une surréaction lorsqu'une personne communique des idéations suicidaires, fait des plans, mime un geste suicidaire ou fait une tentative de suicide peu dangereuse (ex. : avaler une bouteille de vitamines). Il n'est jamais anodin pour une personne de s'exprimer en mettant sa vie et sa mort dans l'équation. La détresse, quelle que soit son intensité ou sa forme, est présente lorsqu'une personne a des MAAS, même si elle semble répéter des propos sans réellement en comprendre le sens et la portée, ou qu'elle semble avoir développé des automatismes reliés aux propos suicidaires.

Prendre au sérieux les MAAS, c'est montrer qu'on a bien entendu que la personne souffre et qu'on va réellement l'aider à trouver des pistes de solution. Ceci implique les éléments suivants : 1) valider ce qu'on a entendu, perçu et compris concernant la détresse exprimée; 2) rassurer la personne sur le fait qu'on va s'occuper ensemble de cette détresse et trouver des façons d'éviter qu'elle recommence bientôt; et 3) appliquer un processus clinique rigoureux pour mettre en place des interventions adaptées à la situation actuelle et à la souffrance de la personne.

Les grandes étapes du processus AUDIS

Le processus AUDIS fait partie d'une nouvelle génération d'outils de soutien au jugement clinique en prévention du suicide³. Il intègre des approches cliniques courantes utilisées dans le milieu de l'intervention en DI et en autisme (en particulier l'analyse fonctionnelle du comportement) et il est compatible avec les outils développés pour la population générale, ce qui favorise les échanges entre les professionnels de différents milieux. L'estimation du risque suicidaire du processus AUDIS n'est pas représentée par une grille standardisée menant à un score de danger de passage à l'acte et elle ne remplace pas le jugement clinique. Elle le complète et le soutient. Elle constitue plutôt un processus collaboratif pour documenter et conserver les informations pertinentes permettant d'orienter la décision clinique sur le niveau de danger. Cette estimation permet d'identifier le type de risque et les besoins de la personne et de son entourage et de mettre en place les interventions nécessaires pour réduire le risque suicidaire dans le moment présent et à long terme.

Les principales étapes du processus AUDIS sont les suivantes :

- 1. Comprendre.** Les MAAS font partie d'un processus dynamique alimenté par l'histoire de la personne, ses vulnérabilités, sa situation actuelle et une construction cognitive et interactionnelle de la suicidalité. La suicidalité est un processus complexe qu'il est nécessaire de comprendre pour intervenir adéquatement.
- 2. Repérer une personne à risque.** Une étape cruciale de la gestion du risque suicidaire vise à identifier adéquatement une personne vivant de la détresse et ayant des comportements suicidaires afin de prendre ces comportements au sérieux et développer une intervention adaptée à ses besoins.
- 3. Gérer l'épisode suicidaire.** La gestion de l'épisode suicidaire consiste à analyser la situation, à estimer le danger pour intervenir en cas d'épisode suicidaire et à assurer la sécurité de la personne. Plus précisément, l'estimation du danger vise à qualifier le danger d'un passage à l'acte suicidaire, c'est-à-dire à identifier la présence, la nature ou l'intensité des idéations suicidaires, à identifier les facteurs de risque et de protection proximaux, à identifier les déclencheurs, à documenter l'historique individuel et familial des comportements suicidaires, à décrire le niveau de désespoir, à comprendre l'impulsivité de la personne et à comprendre ce qui se passe pour la personne sans a priori. Ces connaissances viseront surtout à orienter l'intervention (ex. : allouer les bons services au bon moment avec la bonne intensité selon les besoins de la personne), à prévenir son passage à l'acte et à renforcer l'espoir et les facteurs de protection.
- 4. Réduire le risque suicidaire.** Cette dernière étape vise à comprendre la construction du processus suicidaire et à intervenir sur le risque suicidaire à long terme. Il s'agit de compléter l'information recueillie aux étapes précédentes (ex. : identifier les facteurs de risques distaux, les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection agissant à long terme dans la construction du risque suicidaire) pour comprendre le processus suicidaire afin de déterminer les interventions visant à réduire les facteurs de risque et à mettre en place des interventions visant à améliorer le bien-être de la personne et à augmenter sa qualité de vie.

L'importance des interventions à long terme : explorer l'option suicide

En explorant l'option suicide, on cherche à savoir comment la personne comprend le suicide ainsi que la façon dont s'est développée l'idée que le suicide puisse être une solution aux problèmes, que ce soit pour soi-même ou pour autrui. Par cette intervention, on explore les composantes cognitives et sociales du suicide et de son acceptabilité ainsi que le rôle des comportements suicidaires dans l'interaction de la personne avec son entourage. Connaître l'option suicide peut aider à comprendre la source (ou les sources) des idéations suicidaires, identifier les éléments qui peuvent alimenter ces idéations et, à l'inverse, les éléments qui peuvent diminuer l'impact de ces idéations. La figure 1 illustre certains des éléments permettant d'explorer l'option suicide avec la personne autiste ou présentant une DI.

Cette compréhension peut soutenir une démarche individuelle, mais elle peut aussi fournir des pistes d'intervention et d'activités à mettre en place pour la prévention du suicide lorsqu'un événement en lien avec le suicide est présenté dans les médias ou dans les médias sociaux, ou lorsqu'un décès survient

dans l'entourage. Lors de la cueillette de ces informations auprès d'une personne autiste ou présentant une DI, il est important de porter attention à sa façon d'aborder ces sujets, ce qui peut être révélateur de sa compréhension de la mort et du suicide et aider les intervenants à établir un mode privilégié de communication avec elle.

Les enjeux de la mise en place de la prévention du suicide

Les processus en jeu dans la structure des services en autisme et en DI doivent être connus et pris en considération lorsqu'un plan d'intervention est réalisé pour réduire le risque de récurrence et l'apparence de bénéfices secondaires des MAAS par des usagers de services. Certains facteurs propres à ces services peuvent être considérés comme étant des facteurs de risque possibles à l'apparition et au maintien des MAAS ou des facteurs précipitant les MAAS. Par exemple :

- Un décalage entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu. Le milieu d'intervention et d'accompagnement doit être attentif aux variations dans les

Figure 1 : Exploration de l'option suicide



capacités de la personne et dans les demandes du milieu pour tenter de garder une adéquation entre les deux et éviter une rupture de fonctionnement. Les conflits avec les intervenants et les proches et l'escalade de comportements agressifs ou dérangeants qui peuvent en résulter représentent un facteur de risque de suicide.

- La multiplication des intervenants travaillant avec la personne peut engendrer une fatigue et de la frustration, si la personne est constamment sollicitée par des intervenants différents pour travailler des objectifs, modifier des comportements ou pour améliorer des aptitudes.
- L'attribution des difficultés de la personne à son fonctionnement interne et à ses déficits. Dans ce cas, les MAAS sont perçues comme provenant de caractéristiques propres à la personne (ex. : déficit cognitif, intensité des symptômes de l'autisme, anxiété, troubles internalisés, comportements aberrants). Cette attribution peut occulter la compréhension de la détresse de la personne, limiter la mise en place d'interventions sécurisantes et entretenir la récurrence des MAAS.
- Des changements fréquents sur lesquels la personne a peu ou pas de contrôle. Les personnes autistes ou présentant une DI sont susceptibles de vivre beaucoup de changements (ex. : routines, intervenants, milieux de vie) pour lesquels elles sont peu consultées et qui peuvent être des contributeurs au sentiment de détresse et à une augmentation du risque suicidaire.
- La banalisation des comportements. Ignorer un comportement afin de ne pas le renforcer peut engendrer une escalade de la dangerosité des MAAS chez la personne qui n'obtient pas une réponse à ses besoins immédiats.

Le chemin est pavé, mais la route est encore longue

En résumé, le processus AUDIS propose une avancée importante dans la compréhension du suicide et dans la prévention des MAAS chez les personnes autistes ou présentant une DI. Il permet de mieux détecter la détresse d'une personne, de mieux comprendre les sources de sa détresse et, conséquemment, de mieux la soutenir à court et à long terme. Il est basé sur des recherches contemporaines et permet l'intégration des nouvelles connaissances. De fait, il vise à s'adapter aux spécificités et aux besoins des milieux d'intervention tout en proposant un processus clinique rigoureux de prévention du suicide. Il propose des outils d'intervention qui permettent aux équipes œuvrant auprès de personnes autistes ou présentant une DI de faire du repérage, de gérer l'épisode suicidaire et de réduire le risque suicidaire en fonction de leurs besoins spécifiques.

Le processus AUDIS est actuellement déployé dans le réseau de la santé et des services sociaux par l'entremise des services de réadaptation dans toutes les régions du Québec. Des formations gratuites sont offertes par le Service québécois d'expertise en TGC dans les directions DI-TSA-DP des CISSS et des CIUSSS, mais les autres milieux d'intervention peuvent être formés via leur partenariat avec ces derniers. Néanmoins, il reste beaucoup de travail à accomplir pour démythifier le suicide et sensibiliser

les différents aidants sur les moyens de prévenir le suicide chez les personnes autistes ou présentant une DI. Les connaissances sur les comportements suicidaires, particulièrement en DI, doivent encore être bonifiées. ■

Références

- Bardon, C., Morin, D. et Millette, L. (2020). *Stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA* : collaborer avec le réseau pour améliorer les services. Centre de recherche et intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) & Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement (DITC).
- Bardon, C. et Morin, D. (2015-2020). *Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. CRISE, Chaire DITC, Montréal, Québec. <https://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2020/10/Processus-clinique-de-prevention-du-suicide-aupres-des-personnes-ayant-une-DI-ou-un-TSA-27oct.pdf>
- Cassidy, S., Au-Yeung, S., Robertson, A., Cogger-Ward, H., Richards, G., Allison, C., Bradley, L., Kenny, R., O'Connor, R., Mosse, D., Rodgers, J. et Baron-Cohen, S. (2022). Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. *The British journal of psychiatry*, 221 (5), 683-691. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.21>
- Cervantes, P. E., Brown, D. S. et Horwitz, S. M. (2022). Suicidal ideation and intentional self-inflicted injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: An examination of trends in youth emergency department visits in the United States from 2006 to 2014. *Autism*, 27(1), 226-243. <https://doi.org/10.1177/13623613221091316>
- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É. et Lesage, A. D. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Dow, D., Morgan, L., Hooker, J. L., Michaels, M. S., Joiner, T. E., Woods, J. et Wetherby, A. M. (2021). Anxiety, Depression, and the Interpersonal Theory of Suicide in a Community Sample of Adults with Autism Spectrum Disorder. *Archives of suicide research*, 25 (2), 297-314. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1678537>
- Hunsche, M. C., Saqui, S., Mirenda, P., Zaidman-Zait, A., Bennett, T., Duku, E., Elsabbagh, M., Georgiades, S., Smith, I. M., Szatmari, P., Ungar, W. J., Vaillancourt, T., Waddell, C., Zwaigenbaum, L. et Kerns, C. M. (2020). Parent-Reported Rates and Clinical Correlates of Suicidality in Children with Autism Spectrum Disorder: A Longitudinal Study. *Journal of Autism and developmental disorder*, 50(10), 3496-3509. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04373-y>
- Jachyra, P., Lai, M. C., Zaheer, J., Fernandes, N., Dale, M., Sawyer, A. et Lunsy, Y. (2022). Suicidal Thoughts and Behaviours Among Autistic Adults Presenting to the Psychiatric Emergency Department: An Exploratory Chart Review. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 52(5), 2367-2375. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05102-9>
- Jokiranta-Olkoniemi, E., Gyllenberg, D., Sucksdorff, D., Suominen, A., Kronström, K., Chudal, R. et Sourander, A. (2021). Risk for Premature Mortality and Intentional Self-harm in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 51 (9), 3098-3108. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04768-x>
- Kölves, K., Fitzgerald, C., Nordentoft, M., Wood, S. J. et Erlangsen, A. (2021). Assessment of Suicidal Behaviors Among Individuals With Autism Spectrum Disorder in Denmark. *JAMA Network Open*, 4(1), e2033565. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33565>
- Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Pao, M., Bridge, J., Reynolds, W. et Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disabilities: The challenges of screening. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33 (5), 431-440. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182599295>
- Lunsy, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25(3), 231-243.
- Moses, T. (2018). Suicide Attempts Among Adolescents with Self-Reported Disabilities. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(3), 420-433. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0761-9>
- Weinheimer, L. A. (2019). *A mixed method exploration of suicidality in clients with intellectual disability* [Doctoral dissertation, University of Toronto Canada]. ProQuest Information & Learning.

LA RÉCURRENCE DE LA CRISE SUICIDAIRE

Carolann Ferland, ps. éd. et Isabelle Fortin, ps. éd., équipe de suivi d'intensité flexible dans la communauté, CIUSSS Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de Roberval



En tant que psychoéducatrices œuvrant au sein d'une équipe de suivi d'intensité flexible (SIF) en santé mentale adulte, nous avons fréquemment à intervenir en contexte suicidaire. En effet, le suicide est un thème récurrent, autant dans nos actions d'évaluation que d'intervention. Nous évaluons le risque suicidaire lors d'intervention en situation de crise ainsi que dans le cadre de nos interventions psychoéducatives habituelles. Par conséquent, les contextes d'évaluation et d'intervention sont variés. Ils peuvent être spontanés et inattendus, c'est-à-dire lors d'une confidence de la personne elle-même ou à la suite des informations reçues de son entourage ou des partenaires. Les interventions peuvent se faire en collaboration avec les familles, les collègues et les partenaires de la communauté. Nous nous questionnons

Nous nous questionnons quotidiennement sur le risque suicidaire, sur les meilleures interventions à effectuer et sur les stratégies à utiliser pour accompagner la personne vers le rétablissement.

quotidiennement sur le risque suicidaire, sur les meilleures interventions à effectuer et sur les stratégies à utiliser pour accompagner la personne vers le rétablissement. En somme, nous composons avec la récurrence de cette problématique et nous estimons que notre clientèle présentant des comorbidités complexes, de même que la diversité culturelle de notre secteur, qui assure le service auprès de deux communautés autochtones, sont des facteurs qui l'influencent.

Dans le texte qui suit, nous souhaitons partager avec vous notre réalité sur la récurrence de la crise suicidaire. Pour ce faire, nous dresserons un portrait de notre clientèle. Dans un deuxième temps, nous aborderons l'évaluation du risque suicidaire. Ensuite, il sera question de l'intervention dans ce contexte. En terminant, nous porterons un regard sur l'importance de prendre soin de soi comme intervenant.

Portrait de notre clientèle

Notre clientèle est caractérisée par une multitude de profils : troubles de la personnalité, troubles cognitifs, troubles d'utilisation de substance, troubles psychotiques. Elle présente fréquemment de l'impulsivité et des difficultés fonctionnelles. Nous observons que la problématique du suicide s'exprime de diverses façons chez nos usagers. Par exemple, il est courant de commencer la journée en constatant qu'un client rencontré la veille est hospitalisé à la suite d'un comportement suicidaire. À d'autres moments, un usager vivant avec une schizophrénie entend des voix mandatoires lui ordonnant de se faire du mal. À plusieurs reprises au cours d'une même semaine, une personne, confrontée à un stress, verbalise des idéations suicidaires. En parallèle, une dame, avec une maladie affective bipolaire, cumule de la médication dans le but de mettre à exécution un plan suicidaire. À ceci s'ajoute un usager qui ne répond ni à la porte ni au téléphone depuis quelques jours, et qui, lors de la dernière rencontre, présentait des manifestations pouvant être associées au suicide. Nous recevons aussi des demandes de nos partenaires ou de nos collègues qui souhaitent valider leur pratique ou verbaliser leur sentiment d'impuissance. Il est fréquent de se sentir dans une impasse, car la personne n'exprime pas d'idées suicidaires franches, mais présente des propos et des comportements inquiétants. Cela nous place et nous maintient dans une posture d'intervention où nous sommes dans la gestion du risque suicidaire. Malgré notre grand désir d'aider, il arrive que la personne soit réfractaire, qu'elle refuse le suivi étroit ou qu'elle mette en échec les interventions.

Ce que disent les données probantes

D'entrée de jeu, la littérature scientifique identifie plusieurs facteurs de risque associés à la problématique du suicide (Lafleur, Séguin, 2008). En effet, le suicide n'est pas occasionné par un seul facteur, mais plutôt par l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité. Les éléments qui vont amener une personne à poser un geste suicidaire sont multiples et complexes. De plus, chaque personne réagit différemment à une situation donnée. Il est donc ardu de dresser un portrait unique des personnes à risque de commettre un geste suicidaire.

Toutefois, l'intervenant peut se référer à des indices cliniques qui vont orienter la détection d'un risque suicidaire et permettre des interventions de prévention. Selon le guide des bonnes pratiques en prévention du suicide (Bazinet *et al.*, 2011), quatre types de facteurs sont associés au suicide : les facteurs prédisposants, les facteurs contributifs, les facteurs précipitants et les facteurs de protection. L'identification des facteurs de risque permet de dépister les personnes qui présentent un risque accru et de mettre en place des interventions qui visent la prévention d'un geste suicidaire. Quant à la présence des facteurs de protection, ils contribuent à réduire l'impact des facteurs contributifs, précipitants et prédisposants.

Il est reconnu que la présence d'un trouble de santé mentale est un des plus importants facteurs de risque relié au suicide (Séguin, 2015). Par conséquent, la présence de comorbidité, incluant plusieurs problèmes de santé mentale, augmente le risque de présenter des comportements suicidaires. Comme décrit précédemment, nous observons que la comorbidité de notre clientèle se complexifie. Il est fréquent de rencontrer des personnes avec plusieurs diagnostics de troubles mentaux (en référence au DSM 5), par exemple, une personne ayant un trouble schizoaffectif, un trouble de la personnalité limite ou antisocial ainsi qu'un trouble d'utilisation de substance à l'alcool, aux amphétamines ou au cannabis. L'impulsivité est un facteur commun à notre clientèle à risque de poser des gestes suicidaires récurrents. D'ailleurs, l'association entre l'impulsivité et le suicide est nettement montrée dans la littérature (Bazinet *et al.*, 2011). De plus, nous observons que les difficultés à réguler les émotions difficiles, la vulnérabilité face à un stress et la faible capacité de résolution de problèmes sont des éléments précipitant la crise. Certaines personnes présentent une plus grande résilience et utilisent leurs capacités adaptatives afin de surmonter les embûches dispersées sur leur trajectoire de vie. Souvent, il s'agit



des personnes qui ont davantage de facteurs de protection. Pour d'autres individus moins outillés, le « projet suicide » va se développer progressivement jusqu'à devenir un moyen d'éliminer une souffrance trop grande. À travers le processus suicidaire, des biais cognitifs viennent alimenter la pensée ainsi que la présence d'un sentiment d'impuissance et de perte d'espoir d'une vie meilleure.

Lorsque nous procédons à la cueillette de données et à l'analyse de la situation vécue par la personne, nous constatons une accumulation d'événements de vie difficiles, notamment des événements traumatisants pendant l'enfance tels que des abus sexuels, une famille dysfonctionnelle, de l'intimidation à l'école, des troubles psychiatriques chez les parents, des antécédents de suicide dans la famille ainsi que des traumatismes intergénérationnels. Entre autres, nous devons tenir compte des particularités de notre clientèle autochtone. Celle-ci cumule plusieurs facteurs de risque tels que des deuils par suicide, de l'abus de substances, des conditions socio-économiques précaires et une perte de sens face à la vie. Nous devons donc prendre en considération son histoire et les traumatismes vécus.

Lorsqu'une personne pose des gestes suicidaires de manière répétée, nous observons des facteurs de protection limités. Le système familial ou le réseau social sont absents, épuisés ou peu outillés pour soutenir un proche en détresse. Également, des stratégies adaptatives pour fuir une souffrance trop grande telle que la surconsommation de drogue ou d'alcool maintiennent la personne dans un état de vulnérabilité et l'amènent à poser un geste dommageable. Ainsi, il est important de reconnaître les facteurs de vulnérabilité et de procéder à l'évaluation du risque suicidaire.

L'évaluation du risque suicidaire

Une des prémices de base en intervention est d'établir un lien de confiance avec la personne. Ce lien est un moteur puissant pour la transmission de l'espoir ainsi que pour l'engagement de la personne dans une démarche de changement (Séguin, 2015). Parfois, notre premier contact avec la personne se déroule dans un contexte de crise suicidaire; le lien de confiance doit donc s'établir rapidement. Lorsqu'il est établi, il permet l'expression de la souffrance à l'origine de la crise suicidaire, ce qui engendre une diminution du sentiment de détresse et, ainsi, une capacité à envisager d'autres solutions (Séguin, 2015).

Les recherches portant sur la problématique du suicide illustrent que l'évaluation est indissociable de l'intervention. Ainsi, il est primordial d'explorer rapidement la situation de crise de la personne en abordant ses préoccupations et en validant sa souffrance (Bazinet *et al.*, 2011). Par la suite, la vérification de la présence d'idées suicidaires s'effectue à l'aide d'une question claire et courte. Le recueil d'informations réalisé à travers la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte permet d'identifier les facteurs qui influencent la probabilité d'un passage

Par le biais de l'évaluation, il importe de déterminer les ressources disponibles autour de la personne afin de les mobiliser rapidement, soit le réseau familial, social ou communautaire, et ce, dans le but de mettre en place un filet de protection.

à l'acte suicidaire. Cette étape s'effectue avec une certaine rapidité afin d'estimer l'urgence d'agir et de procéder à la mise en place des moyens nécessaires pour assurer la sécurité de la personne. Cette étape nous permet de formuler une hypothèse clinique et de personnaliser l'intervention.

Par le biais de l'évaluation, il importe de déterminer les ressources disponibles autour de la personne afin de les mobiliser rapidement, soit le réseau familial, social ou communautaire, et ce, dans le but de mettre en place un filet de protection. Certaines situations offrent peu d'options pour établir un filet de sécurité. Par exemple, dans certaines familles, le lien est fragile ou rompu avec la personne.

Dans le but de finaliser l'intervention en sécurité, nous devons faire preuve de créativité. Dans ce contexte d'intervention, il importe de se rappeler que nous avons une obligation de moyens. De son côté, la personne a des responsabilités, dont celle de se maintenir en vie. C'est pourquoi, lorsque nous ne pouvons conclure en sécurité, c'est-à-dire que la personne n'est pas en mesure de s'engager à ne pas poser de gestes dommageables ou ne collabore pas à l'intervention, nous sommes dans l'obligation de solliciter l'aide des policiers pour l'accompagner dans un lieu sécuritaire. Lorsque nous n'avons pas les éléments nécessaires pour amener une personne contre sa volonté vers l'urgence (P-38) et que les facteurs de protection sont limités, nous établissons un filet de sécurité par l'augmentation de l'intensité de services. Nous offrons une présence et une constance dans l'intervention. Cela permet un accompagnement dans la gestion de la détresse au quotidien et une réévaluation fréquente du risque suicidaire. Le suivi en équipe interdisciplinaire permet la répartition de la charge entre les intervenants. De plus, le modèle de suivi dans la communauté permet une ténacité dans l'intervention.

Dans certaines situations d'évaluation, il est parfois laborieux d'obtenir des réponses à nos questions. Notre clientèle peut présenter des incapacités, par exemple au niveau de l'expression verbale, des troubles cognitifs, de l'immaturité, de la méfiance, etc. À l'aide d'outils d'intervention et d'observations dans le milieu, nous pouvons documenter les signes et symptômes

affectifs et comportementaux associés à la détresse et aux risques d'un passage à l'acte suicidaire. Ces indices nous permettent d'adapter l'évaluation et les interventions qui y sont associées. Ainsi, nous pouvons appuyer notre jugement clinique sur les indices observés.

L'intervention

Les écrits abordant le suicide révèlent que les actions à privilégier pour générer des changements sont multiples. D'une part, il y a les interventions réalisées directement auprès de la personne en crise. On retrouve également les interventions qui sont dirigées vers l'environnement dans lequel la personne évolue. Les actions posées peuvent être de nature préventive ou en réponse à des situations de crise. Enfin, des actions à plus grande échelle peuvent être déployées afin de réduire les comportements suicidaires au sein de la population, notamment les politiques sociétales qui visent la réduction et le traitement précoce des toxicomanies et du trouble dépressif (Séguin, 2009).

Malgré le fait que nous sommes confrontés à la fréquence de la problématique du suicide, les principes d'intervention demeurent les mêmes. L'intervention de crise se veut immédiate, brève et directive. L'objectif est de stabiliser l'état de la personne en relation avec son environnement (Séguin, 2015). Compte tenu de la nature de l'intervention, celle-ci peut se dérouler dans des conditions peu favorables, par exemple, en présence d'autres personnes, dans un lieu public ou dans un environnement comportant des enjeux de sécurité. L'intervention auprès de la clientèle présentant un risque suicidaire récurrent vise à réduire les facteurs qui accentuent ses vulnérabilités et à tenter d'augmenter ses facteurs de protection.

Tel que mentionné précédemment, l'intervenant doit veiller à conserver un lien de confiance avec la personne tout au long de l'entretien. Ce lien crée un espace propice pour l'expression et la régulation émotionnelle. Nous accompagnons la personne dans la verbalisation de son vécu, ce qui favorise la diminution du sentiment de détresse et contribue à briser son isolement. Le sentiment d'être compris permet d'envisager d'autres options (Séguin, 2015). Selon le guide des bonnes pratiques, l'intervenant doit travailler l'ambivalence et le repositionnement. Pour y parvenir, il importe de mettre en lumière que l'état actuel de la personne n'est pas permanent. Il s'agit de faire grandir la partie qui veut vivre, et ce, en soulignant les forces et les ressources de la personne, en identifiant les exceptions, en trouvant un futur qui en vaut la peine (Bazinet *et al.*, 2011). Dans notre pratique au sein de l'équipe SIF, nous utilisons un plan de crise nous permettant d'identifier les objectifs prioritaires avec la personne dans l'optique du plus petit pas possible. Cet outil permet aussi l'identification des moments critiques et des gestes concrets pour se protéger. Ce moyen d'intervention suscite l'engagement de la personne dans une démarche de changement.

Après la situation de crise, un suivi adapté est proposé à la personne (suivi dans la communauté, suivi de crise, suivi étroit, accompagnement vers l'urgence). Dans le cadre de nos suivis,

les interventions sont fréquemment orientées vers l'enseignement de stratégies alternatives pour exprimer et gérer sa souffrance, entre autres l'apprentissage de nouvelles habiletés pour mieux réagir devant l'adversité, le développement des capacités de mentalisation, la reconnaissance des signes précurseurs d'une récurrence et le développement des stratégies de résolution de problème.

Dans les meilleures pratiques (Séguin, 2009), il est reconnu que la collaboration avec la famille ou les proches importants pour la personne est un facteur de protection pour le rétablissement. Les personnes de l'entourage restent importantes malgré les enjeux relationnels. Ainsi, un plan d'intervention peut être élaboré en collaboration avec le réseau de la personne. Le but est de maintenir un échange régulier et de définir une marche à suivre lors des situations de crises. Lorsqu'il n'y a personne d'important ou si l'utilisateur refuse que l'on communique avec un proche, nous devons être créatifs pour rétablir des liens et impliquer le réseau d'entraide.

Dans l'intervention auprès de notre clientèle autochtone, il importe de préconiser une approche culturellement sécurisante. Adapter culturellement l'intervention, c'est connaître l'histoire autochtone, être sensible au vécu, ajuster notre lecture de la situation et les interventions qui en découlent. À titre d'exemple, c'est accueillir la personne en utilisant des mots dans sa langue ou encore faire les interventions dans un lieu moins stigmatisant que nos bureaux (Bazinet *et al.*, 2014).

Prendre soin de soi

L'intervention en contexte suicidaire nécessite l'application d'opérations professionnelles demandant des compétences spécifiques. L'intervenant doit mobiliser toutes ses forces et son habileté clinique afin d'amener la personne à basculer vers l'espoir. Même si le psychoéducateur a déployé toutes ses ressources pour accompagner la personne souffrante, il n'est pas rare de ressentir de l'inquiétude, de remettre en question l'intervention effectuée, mais aussi de se remettre en question.

En effet, l'intervention en contexte suicidaire peut susciter un état de stress et être exigeante sur le plan émotif. De plus,

Même si le psychoéducateur a déployé toutes ses ressources pour accompagner la personne souffrante, il n'est pas rare de ressentir de l'inquiétude, de remettre en question l'intervention effectuée, mais aussi de se remettre en question.

côtoyer la souffrance et la détresse quotidiennement peut fragiliser l'intervenant. Nos interventions peuvent être teintées par nos fragilités et nos propres enjeux. Par conséquent, le psychoéducateur doit demeurer dans une posture d'intervention empathique et maintenir une distance thérapeutique. Il nous appartient d'être attentifs à nos signes de malaises, à nos facteurs de risque et à nos facteurs de protection. C'est pourquoi il est important, lorsque l'on intervient dans des contextes de crises suicidaires, de prendre soin de soi, d'avoir un espace pour verbaliser et de se sentir soutenu cliniquement (Brion, 2021). Dans une équipe SIF, nous travaillons en interdisciplinarité dans une proximité d'intervention avec nos collègues. Donc, nous avons l'occasion de discuter des interventions et de notre ressenti ainsi que de partager la gestion du risque à travers la validation de nos pratiques.

Enfin, il est bénéfique pour l'intervenant de solliciter l'aide d'un collègue, d'un coordonnateur clinique ou d'un gestionnaire afin d'aller chercher du soutien et de ventiler dans le but de diminuer la charge émotive. Autrement dit, il est favorable que l'intervenant évite de demeurer seul dans son intervention. Les activités de supervision et la formation continue sont des moyens d'augmenter les habiletés d'intervention et le savoir-faire, mais aussi le bien-être au travail. Lorsque l'intervenant a un sentiment de compétence, basé sur son vécu expérientiel et les meilleures pratiques en intervention, qu'il se sent soutenu, qu'il possède des facteurs de protection, qu'il est en mesure de s'accorder du temps pour récupérer, cela est favorable au bien-être et au maintien d'une bonne santé mentale (Brion, 2021).

Au terme de cet exercice, il apparaît que la récurrence de la crise suicidaire fait partie de notre réalité d'intervenantes au sein de l'équipe SIF. En effet, cette réalité s'exprime sous différentes formes. D'une part, on répertorie les interventions réalisées auprès des mêmes personnes présentant des comportements suicidaires répétitifs. Ce volet caractérise une certaine proportion de notre clientèle, notamment les personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite. D'autre part, la notion de récurrence se manifeste à travers l'ensemble des actions professionnelles déployées au quotidien, soit les discussions cliniques, les évaluations, les interventions, les collaborations, les références et les divers suivis.

Comme soulevé précédemment, l'intervention dans un contexte de risque suicidaire exige une grande rigueur professionnelle. Ainsi, en tant qu'intervenant, il est essentiel d'avoir les formations nécessaires afin d'être habilité à poser les actions de dépistage, d'évaluation et d'intervention. Également, il importe de posséder une bonne connaissance des trajectoires et des services disponibles sur son territoire. Compte tenu de la récurrence et de la complexité de cette problématique, l'aspect « prendre soin de soi » revêt une importance capitale. À cet effet, nous estimons que le travail d'équipe en interdisciplinarité est un facteur de protection pour l'intervenant.

En terminant, nous avons choisi de mettre en lumière le concept de la récurrence puisqu'il caractérise notre quotidien. Le fait de côtoyer la souffrance et la détresse peut devenir épuisant pour un intervenant. En effet, l'intervention en contexte

Au terme de cet exercice, il apparaît que la récurrence de la crise suicidaire fait partie de notre réalité d'intervenantes au sein de l'équipe SIF.

suicidaire suscite de l'inquiétude et, malgré les interventions bienveillantes basées sur les meilleures pratiques, la crainte d'un geste complété demeure présente. Or, à travers les recherches réalisées pour la rédaction de cet article, nous avons pu valider nos pratiques. La confirmation que nos interventions sont alignées avec la littérature scientifique est un constat rassurant. Par ailleurs, nous avons peu développé sur la récurrence de la crise suicidaire auprès des communautés des Premières Nations. Considérant qu'elles sont représentatives de notre clientèle, il serait intéressant d'orienter la réflexion sur les interventions pouvant être adaptées à la réalité de chacun. ■

Références

- Bazinet, J., Roy, F. et Lavoie, B. (2011). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques : Cahier du participant* (2^e éd.). Association québécoise de prévention du suicide.
- Bazinet, J. et al. (2014). *Portrait de la situation : le point de vue des acteurs terrain – Initiative en prévention du suicide chez les Premières Nations du Québec*. Québec : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Brion, P. (2021). *Trauma vicariant et fatigue de compassion : « Pourquoi maintenant, pourquoi moi ? »*. Ordre des psychologues du Québec.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2016). *L'intervention en suivi étroit : Cahier du participant*. Formation.
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. (2019). Accueil | CRISE – Prévention du suicide : synthèses de connaissances (uqam.ca)
- Gouvernement du Québec. (2022). *Rallumer l'espoir : stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*.
- Laffeur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Presses de l'Université Laval.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*.
- Séguin, M. et Chawky N. (2017). *Comment le cumul des facteurs de risque influence-t-il les différentes trajectoires de vie de personnes suicidaires ?* Ordre des psychologues du Québec.
- Séguin, M. (2015). *Intervention de crise auprès des personnes suicidaires présentant des troubles de santé mentale : Manuel du participant*. Porte-voix.
- Séguin, M. (2009). *Le suicide : Le comprendre pour le prévenir*. Éditions au Carré.

LA PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ LES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES : PRENDRE SOIN DE SOI POUR MIEUX AIDER LES AUTRES

Christine Genest, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre d'étude sur le trauma du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE)

Laurent Corthésy-Blondin, Centre d'étude sur le trauma du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Département de psychologie, Université du Québec à Montréal



Avec la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, le Québec reconnaît plus que jamais que les stressés du travail peuvent influencer négativement la santé psychologique des travailleuses et des travailleurs. Les environnements professionnels comportent des risques psychosociaux du travail (RPS), soit des facteurs défavorables à la santé et au bien-être des personnes qui y sont exposés. Les RPS incluent des stressés aigus, comme l'exposition aux événements potentiellement traumatiques (EPT) et des stressés chroniques, comme la charge de travail élevée par rapport aux ressources disponibles.

Or, la psychoéducation est une discipline et une profession axée sur la relation d'aide et sur l'accompagnement de personnes présentant des difficultés d'adaptation. Dans ce contexte de pratique, les psychoéducatrices et psychoéducateurs sont grandement à risque d'être exposés à des EPT. De plus, leur charge de travail excède souvent les ressources disponibles. L'exposition aux RPS et le stress qui en découle peuvent nuire à la santé psychologique, notamment en favorisant la dépression, l'épuisement professionnel, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique. Considérant que le suicide et les problèmes de santé psychologique sont des phénomènes interreliés, il

importe de s'intéresser au risque suicidaire parmi des groupes de travailleurs fortement exposés aux RPS, comme les psychoéducatrices et les psychoéducateurs.

À notre connaissance, aucune étude n'a établi la prévalence des comportements suicidaires (idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide) chez ces professionnels. Il est donc impossible de rapporter les taux de comportements suicidaires pour ce groupe de travailleurs spécifiquement. En revanche, le suicide au sein d'autres professions du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a fait l'objet d'études épidémiologiques. La mortalité par suicide dans des populations connexes sera donc rapportée. Dans une optique de prévention, les facteurs de risque associés au suicide chez les professionnels du RSSS ainsi que les signes avant-coureurs seront présentés. Finalement, des interventions qui ciblent les travailleurs et leurs organisations de travail pouvant bénéficier aux psychoéducatrices et aux psychoéducateurs seront abordées.

La prévalence des comportements suicidaires

Lorsqu'il est question des comportements suicidaires, il est primordial de retenir que cela inclut les décès par suicide, mais aussi tout ce que comprend le spectre allant des idéations suicidaires aux tentatives de suicide. Ainsi, au Québec, selon les plus récentes données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le taux de suicide est de 12,3 par 100 000, avec trois fois plus d'hommes que de femmes qui décèdent par suicide (Levesque et Perron, 2023). Le taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide se situait à 46,4 par 100 000 pour l'année 2021. Ce motif d'hospitalisation est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Pour ce qui est des visites aux urgences en raison de tentative de suicide, le taux atteignait 53,8 par 100 000 en 2022. Les idéations suicidaires constituent un motif nettement plus fréquent pour visiter les urgences, avec un taux de 403,9 par 100 000 personnes en 2022 (Lévesque et Perron, 2023). Ces données populationnelles révèlent que les décès par suicide ne représentent que la « pointe de l'iceberg », c'est-à-dire que plusieurs personnes peuvent présenter des comportements suicidaires outre les décès par suicide. Il est probable que cela s'applique aux professionnels du RSSS, comme les psychoéducatrices et les psychoéducateurs. Comme les comportements suicidaires sont un important indicateur de détresse, il est pertinent de bien identifier les facteurs de risque et les personnes les plus à risque afin de mettre en place des interventions permettant d'assurer leur sécurité.

La psychoéducation, comme plusieurs autres disciplines du RSSS, se déploie grâce à la relation d'aide. C'est aussi le cas des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des psychologues et des médecins. Comme ils travaillent en contact étroit avec des personnes qui affrontent des problèmes de santé ou des difficultés interpersonnelles et sociales, ces professionnels courent le risque de vivre des situations particulièrement éprouvantes émotionnellement et présenter des blessures de

stress professionnel, comme des symptômes dépressifs, des symptômes de stress post-traumatique, de la fatigue, et même présenter des idéations ou des comportements suicidaires (Kaki et Hawkins, 2021).

Il n'existe pas de données sur les comportements suicidaires chez les psychoéducatrices et les psychoéducateurs en particulier, mais la prévalence pourrait s'apparenter à celle des autres disciplines de la santé et des services sociaux. Ainsi, Li, Petrik, Freese et Robiner (2022) se sont intéressés à la mortalité par suicide chez différents groupes de travailleurs de la santé et des services sociaux aux États-Unis entre 2003 et 2018. Selon cette étude, les taux parmi des groupes apparentés aux psychoéducatrices et psychoéducateurs, comme les psychologues et travailleuses sociales et travailleurs sociaux, s'élèvent respectivement à 25,0 par 100 000 et 15,0 par 100 000.

Dans la plupart des études qui abordent la prévalence du suicide chez les professionnels de la santé, il est difficile de faire des comparaisons avec la population générale. Par exemple, dans l'étude américaine de Davidson et al., lorsque le taux de suicide national des infirmières et infirmiers est comparé avec celui de la population générale, il s'avère moins élevé (13,9/100 000 c. 17,7/100 000). Toutefois, lorsque les taux sont stratifiés selon le sexe, il semble exister une différence statistiquement significative entre le taux de suicide des infirmières et celui des femmes en général (11,97/100 000 c. 7,58/100 000) et entre les infirmiers et les hommes en général (39,8/100 000 c. 28,2/100 000) (Davidson et al., 2019). Il est donc primordial de tenir compte du sexe des professionnels lorsque l'on établit des comparaisons avec la population générale. Un autre enjeu à considérer dans ces comparaisons avec la population générale est le « *healthy worker effect* » qui peut être traduit par l'effet du travailleur en bonne santé. En effet, un des facteurs de risque du suicide est le fait d'être au chômage et de vivre dans des conditions défavorables du point de vue socioéconomique (Mustard et al., 2010). Ainsi, lorsque l'on s'intéresse à la prévalence du suicide chez des professionnels, puisqu'il s'agit de travailleurs, on s'attendrait à ce que les taux de suicide soient inférieurs à ceux de la population générale (Pearce, Checkoway et Kriebel, 2007). Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de professionnels ayant un niveau de scolarité élevé. En effet, il semble que plus le niveau de scolarité est élevé, plus le risque de suicide serait diminué. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015, le taux de tentatives de suicide dans la dernière année semble avoir diminué en fonction du niveau de scolarité atteint, soit le niveau inférieur à un diplôme d'études secondaires (DES) (0,8 %), DES (0,5 %), diplôme ou certificat d'études collégiales et diplôme universitaire (0,2 %) (Institut de la statistique du Québec, 2016). La pratique de la psychoéducation, comme pour d'autres disciplines de la santé et des services sociaux, requiert une formation minimale de niveau universitaire. Il serait donc plausible que les taux de suicide chez ces travailleurs instruits soient inférieurs à ceux de la population générale.

Les facteurs d'influence et les signes avant-coureurs

Le suicide est un phénomène complexe et multidéterminé (Organisation mondiale de la santé, 2014). En effet, le suicide ne dépend pas d'une cause unique ; il s'agit plutôt du résultat d'interactions entre les facteurs de risque et de protection qui caractérisent la personne ainsi que son environnement physique et social. Certains facteurs dits « précipitants » agissent quant à eux comme déclencheurs lorsqu'ils se manifestent peu de temps avant la crise suicidaire. Les psychoéducatrices et psychoéducateurs sont soumis aux mêmes facteurs de risque et de protection que la population générale et ils sont concernés par des facteurs qui leur sont propres. Ces facteurs peuvent être d'ordre individuel, social ou organisationnel. Dans la population générale, sur le plan individuel, les facteurs de risque reconnus incluent, entre autres, la présence d'antécédents d'idéations ou de tentative de suicide, la présence de problèmes de santé psychologique, la présence d'un problème de santé physique chronique ou de douleur chronique, l'abus d'alcool et la perte d'un proche par suicide (Adhikari *et al.*, 2020 ; Guerrero-Barona *et al.*, 2021 ; Levesque *et al.*, 2023 ; OMS, 2014 ; Pitman *et al.*, 2021 ; Zuckerman *et al.*, 2022). Sur le plan social, les facteurs de risque les plus présents dans la population générale sont la stigmatisation en lien avec la santé psychologique, l'accessibilité du moyen et la couverture médiatique inappropriée du suicide (OMS, 2014). Les facteurs précipitants les plus souvent rapportés dans la population générale sont la rupture ou le divorce (OMS, 2014). Il existe également des facteurs de protection, autant individuelle que sociale, dans la population générale, comme la résilience, les stratégies d'adaptation positives, la présence d'un soutien social et l'accès aux services de santé psychologique (OMS, 2014).

Pour ce qui est des facteurs de risque plus spécifiques aux psychoéducatrices et aux psychoéducateurs, le fait d'exercer une profession axée sur la relation d'aide pourrait influencer le risque suicidaire. Il se peut qu'ils présentent des facteurs de risque individuels comparables à ceux des infirmières, tels que des barrières personnelles à la recherche d'aide. Ces barrières à la recherche d'aide sont principalement associées au fait qu'ils ont l'habitude d'être ceux qui offrent l'aide plutôt que de la recevoir, mais aussi aux craintes quant aux brèches de confidentialité (Kelsey *et al.*, 2021). Socialement, la façon dont les psychoéducatrices et les psychoéducateurs sont perçus dans la société et les médias pourrait représenter un facteur de risque. Certains policiers rapportent également que la vision négative de leur rôle par la société est un facteur de risque pour leur sentiment de détresse et éventuellement leur risque suicidaire (McCarthy, Solomon et Garland, 2007). Dans les dernières années, le rôle des intervenants psychosociaux, comme les psychoéducatrices et les psychoéducateurs, a fait la manchette négativement à quelques reprises, ce qui aurait pu avoir un effet négatif sur les membres de ce groupe. Pour ce qui est du plan organisationnel, l'exposition répétée à la détresse des clients, l'incivilité entre collègues et la structure organisationnelle peuvent représenter des facteurs de risque (Accardi *et al.*, 2020 ; Ariapooran *et al.*, 2022). Il se pourrait également que l'aspect chronique des situations rencontrées par

Ces barrières à la recherche d'aide sont principalement associées au fait qu'ils ont l'habitude d'être ceux qui offrent l'aide plutôt que de la recevoir, mais aussi aux craintes quant aux brèches de confidentialité

les psychoéducatrices et les psychoéducateurs dans le cadre de leur travail nourrisse le sentiment d'impuissance, comme c'est le cas pour les professionnels œuvrant en santé psychologique (Banerjee *et al.*, 2020). À l'instar des policiers, le fait de ne pas obtenir une promotion souhaitée ou de faire l'objet d'une enquête, voire la révision de certains dossiers cliniques, pourrait constituer un facteur de risque précipitant (Barron, 2010).

Les psychoéducatrices et psychoéducateurs pourraient aussi compter sur des facteurs de protection qui sont présents chez d'autres professions exposées à des EPT et autres RPS, soit le soutien des collègues ainsi que le soutien des supérieurs (Carpenter *et al.*, 2015). Le fait de connaître les facteurs d'influence du suicide permet d'être à l'affût des situations qui peuvent rendre les individus plus vulnérables. Cela permet de normaliser le fait que le contexte de travail est propice à l'épuisement, à la détresse. En retour, cette normalisation du problème pourrait favoriser l'acceptabilité de la demande d'aide pour soi et encourager la demande d'aide entre professionnels.

Afin de prendre soin de soi et des autres, il importe de reconnaître également les signes avant-coureurs du suicide dans le but de dépister rapidement les personnes plus à risque pour les diriger vers les ressources appropriées. Prendre le temps d'identifier pour soi les signes que l'on va moins bien peut également s'avérer pertinent. Face à une situation qui se détériore ou une accumulation de stressors qui excèdent la capacité à composer avec les problèmes, certaines personnes manifesteront de l'irritabilité ou de la tristesse, s'isoleront, cesseront de faire des activités qui leur font du bien et adopteront des comportements à risque. Le fait de reconnaître ces signes avant-coureurs pour soi-même peut favoriser le déploiement précoce de stratégies d'adaptation qui pourraient prévenir une détérioration de la situation. Pour ce qui est des collègues ou des membres de l'entourage, les signes avant-coureurs pouvant être observés sont tout aussi variables. Dans le contexte professionnel, certaines personnes s'absenteront du travail ou manifesteront du présentisme, qui fait référence au fait d'être au travail physiquement, et ce, malgré des symptômes de maladie qui devraient normalement les contraindre à s'absenter. En fait, ce sont les changements de comportements d'une personne qui doivent être pris en considération comme étant de potentiels signes avant-coureurs. Lorsque de tels changements sont notés chez un collègue, un ami ou un membre de la famille, il peut



Une des premières choses à considérer est que le risque nul en prévention du suicide n'existe pas.

s'avérer opportun de s'enquérir de son état et de lui formuler ses inquiétudes. Le simple fait de demander à l'autre « Comment ça va ? » en prenant le temps d'être avec lui et d'écouter sa réponse peut faire du bien et ouvrir la porte à une demande d'aide. Il pourrait être intéressant de formuler son inquiétude à l'autre ainsi : « Tu sais, je tiens à toi et je m'inquiète pour toi en ce moment ».

Comment intervenir pour réduire le risque

Une fois les facteurs d'influence connus et les signes avant-coureurs identifiés, il s'avère important de savoir comment réduire le risque des comportements suicidaires. Une des premières choses à considérer est que le risque nul en prévention du suicide n'existe pas. Il est primordial de bien dépister les personnes qui sont à risque de suicide et qui présentent des signes avant-coureurs, mais il est impossible de détecter correctement toutes les personnes qui sont à risque. Il est aussi déconseillé de prendre l'entière responsabilité de la sécurité des personnes que l'on tente de soutenir. Cela dit, des mesures qui permettent de réduire le risque et de promouvoir les facteurs de protection peuvent être mises en place. Dans la littérature scientifique, peu d'études mesurent l'efficacité des interventions permettant de réduire le risque suicidaire chez le personnel de la santé et des services sociaux (Nam *et al.*, 2022). Néanmoins, certaines interventions pourraient contribuer à la prévention du suicide et favoriser le bien-être des psychoéducatrices et des psychoéducateurs.

Dans un premier temps, compte tenu du contexte de travail qui peut exposer la personne à des événements potentiellement traumatiques et engendrer de la détresse, les premières interventions à mettre en place sont celles qui contribuent à diminuer la stigmatisation et à normaliser la recherche d'aide. Les milieux de travail peuvent mettre en place des mesures qui favorisent l'ouverture sur les problèmes de santé psychologique et qui soutiennent le dépistage précoce des personnes plus à risque, comme des ateliers de sensibilisation et des services de relation

d'aide (Banerjee *et al.*, 2020). Il est également recommandé de mettre en place des programmes de soutien par les pairs afin d'identifier les personnes à risque de se suicider et de les orienter vers les ressources les plus adaptées à leur besoin. Ces pairs-aidants doivent être formés et soutenus dans leurs interventions afin d'éviter qu'eux-mêmes deviennent plus vulnérables (Banerjee *et al.*, 2020). D'ailleurs, dans sa stratégie de prévention du suicide 2022-2026, le gouvernement du Québec prévoit implanter des réseaux de sentinelles dans certains milieux de travail (gouvernement du Québec, 2022). Il est primordial que des ressources professionnelles soient accessibles et que la confidentialité soit assurée (Kelsey *et al.*, 2021). De plus, dans la mesure où la charge de travail et les incivilités peuvent être perçues comme des facteurs de risque, les organisations de travail peuvent implanter des politiques organisationnelles qui assureront que les demandes n'excèdent pas les ressources et que le milieu de travail soit exempt de violence (Kelsey *et al.*, 2021).

Sur le plan individuel, les psychoéducatrices et psychoéducateurs peuvent aussi mettre en place des mesures pour assurer leur propre bien-être et réduire leur risque suicidaire. On leur suggère d'être à l'affût de leurs propres signes avant-coureurs afin de mettre en place rapidement des mécanismes d'adaptation individuels ou sociaux. De plus, il est conseillé de prendre du temps pour soi malgré la charge de travail et de respecter ses propres limites (Banerjee *et al.*, 2020). La pratique de l'activité physique serait également reconnue pour aider à diminuer les symptômes dépressifs, en plus de favoriser les contacts sociaux (Kuhn *et al.*, 2017). Les exercices de pleine conscience peuvent aussi s'avérer de bons outils pour favoriser le bien-être des professionnels (Kuhn *et al.*, 2017). Différentes applications peuvent soutenir le bien-être au sein de la population générale, comme le *MOODGym* qui a démontré une certaine efficacité pour diminuer les idéations suicidaires chez les internes en médecine (Pospos *et al.*, 2018). Il ne

De plus, il est conseillé de prendre du temps pour soi malgré la charge de travail et de respecter ses propres limites.

semble pas exister pas de telles applications adaptées au contexte québécois et aux travailleurs du RSSS. Éventuellement, un tel outil pourrait s'avérer intéressant pour soutenir ces professionnels.

Sur le plan social, mieux décrire le rôle des psychoéducatrices et des psychoéducateurs pourrait être pertinent pour la prévention (Banerjee *et al.*, 2020). De cette façon, la population serait à même de mieux comprendre le rôle essentiel de ces professionnels et d'ainsi valoriser leur place dans le RSSS et dans la société.

En conclusion, il n'existe pas spécifiquement de données sur la problématique du suicide chez les psychoéducatrices et les psychoéducateurs, mais il est possible de croire qu'en raison du contexte de pratique, le risque pour cette population ressemble à celui des autres professionnels dont la pratique est basée sur la relation d'aide. Afin de réduire le risque suicidaire, il importe tout d'abord de bien identifier les facteurs d'influence et de reconnaître les signes avant-coureurs afin d'être en mesure d'agir de façon précoce. Différentes interventions autant au niveau organisationnel, individuel que social peuvent être mises en place afin d'augmenter le bien-être des psychoéducatrices et des psychoéducateurs et diminuer le risque suicidaire. Il faut apprendre à prendre soin de soi afin d'être en mesure ensuite d'aider les autres. ■

Références

- Accardi, R., Sanchez, C., Zisook, S., Hoffman, L. A. et Davidson, J. E. (2020). Sustainability and Outcomes of a Suicide Prevention Program for Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17, 24-31. <https://doi.org/10.1111/wvn.12418>
- Ariapooran, S., Ahadi, B. et Khezeli, M. (2022). Depression, anxiety, and suicidal ideation in nurses with and without symptoms of secondary traumatic stress during the COVID-19 outbreak. *Arch Psychiatr Nurs*, 37, 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.005>
- Banerjee, D., Varshney, P. et Vajawat, B. (2020). "Guarding the Gatekeepers": Suicides among Mental Health Professionals and Scope of Prevention, A Review. *Psychiatry research*, 294, 113501. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113501>
- Barron, S. (2010). Police officer suicide within the New South Wales Police Force from 1999 to 2008. *Police Practice & Research: An International Journal*, 11 (4), 371-382. <https://doi.org/10.1080/15614263.2010.496568>
- Davidson, J. E., Proudfoot, J., Lee, K. et Zisook, S. (2019). Nurse suicide in the United States: Analysis of the Center for Disease Control 2014 National Violent Death Reporting System dataset. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.04.006>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Rallumer l'espoir : Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Recueil statistique. Partie 2 : État de santé physique et mentale (in French only)*. <https://statistique.quebec.ca/en/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015>
- Kaki, S. & Hawkins, D. (2021). Deaths of Despair Among Healthcare Workers, Massachusetts, 2011 to 2015. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(6), 449-455. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002145>
- Kelsey, E. A., West, C. P., Cipriano, P. F., Peterson, C., Satele, D., Shanafelt, T. et Dyrbye, L. N. (2021). Original Research: Suicidal Ideation and Attitudes Toward Help Seeking in U.S. Nurses Relative to the General Working Population. *American journal of nursing*, 121 (11), 24-36. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000798056.73563.f>
- Kuhn, C. M. & Flanagan, E. M. (2017). Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Canadian Journal of Anesthesia*, 64(2), 158-168. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0781-0> (Prendre soin de soi, un impératif professionnel : l'épuisement professionnel, la dépression et le suicide chez les médecins.)
- Levesque, P. et Perron, P. A. (2023). *Les comportements suicidaires : portrait 2023*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Li, T., Petrik, M. L., Freese, R. L. et Robiner, W. N. (2022). Suicides of psychologists and other health professionals: National Violent Death Reporting System data, 2003-2018. *American Psychologist*, 77, 551-564. <https://doi.org/10.1037/amp0001000>
- Mustard, C. A., Bielecky, A., Etches, J., Wilkins, R., Tjepkema, M., Amick, B. C., ... et Aronson, K. J. (2010). Suicide mortality by occupation in Canada, 1991-2001. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 369-376.
- Nam, S. H., Nam, J. H. et Kwon, C. Y. (2022). Lack of Interventional Studies on Suicide Prevention among Healthcare Workers: Research Gap Revealed in a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013121>
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pospos, S., Young, I. T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J. Y., Newton, I., Lee, K., Light, G. A. et Zisook, S. (2018). Web-Based Tools and Mobile Applications to Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: A Systematic Review. *Academic Psychiatry*, 42, 109-120. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0868-0>
- Zuckerman, S., Lightsey, O. R. et White, J. M. (2022). What predicts suicidality among psychologists? An examination of risk and resilience. *Death Studies*, No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2042753>

Agilec



Agilec est à la recherche de conseillers en emploi bilingues.

En tant que conseiller en emploi, vous travaillerez avec notre équipe des Services de réorientation professionnelle (SRP) qui aide les membres des Forces armées canadiennes, les anciens combattants et leurs familles.

Nous offrons aux membres de notre équipe:

- des horaires flexibles - travail à distance
- une rémunération attrayante
- des avantages sociaux et collectifs
- opportunités de formation et de développement de carrière et beaucoup plus!

Pour plus d'informations, visitez le site ci-dessous ou scannez le code QR.

agilec.ca/careers-veteran



L'INTERVENTION PSYCHOÉDUCATIVE EN CONTEXTE SCOLAIRE PRIMAIRE : UN APPORT À LA RÉUSSITE ÉDUCATIVE DES ÉLÈVES ENDEUILLÉS

Alexa H. Desgroseilliers, ps. éd., doctorante en psychoéducation et psychopédagogie, Université Laval
Sonia Daigle, ps. éd., M. Ps., Ph. D, professeure titulaire en psychoéducation, Université Laval

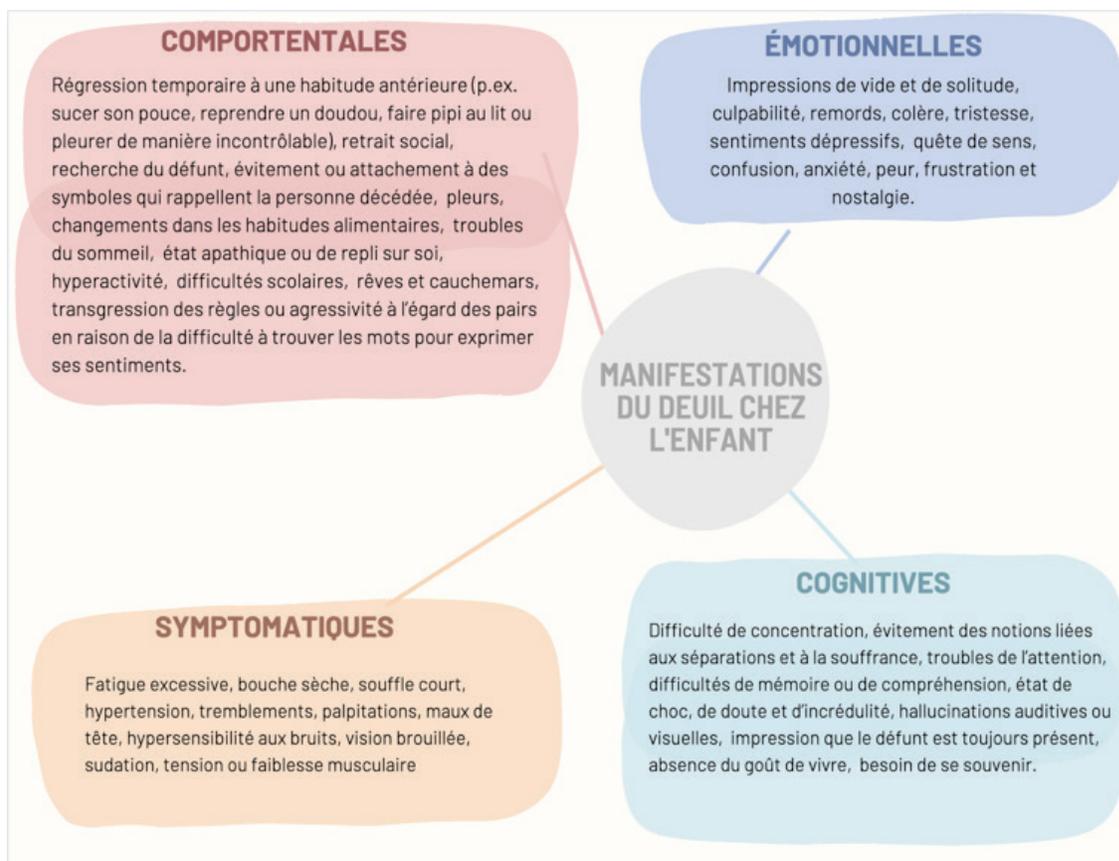
La majorité des écoles accueilleront des élèves endeuillés à un moment ou à un autre de leur parcours scolaire (McManus et Paul, 2019). Le personnel enseignant se questionne sur la façon d'accompagner ces élèves et se sent souvent démuni face à la manière d'aborder la mort (Renesson *et al.*, 2013; Schonfeld et Quackenbush, 2010). Le deuil des enfants est souvent incompris, car vécu différemment des adultes (Moulin-Barman, 2005). Leur âge, leur stade développemental et leurs caractéristiques personnelles sont autant de facteurs qui rendent leur expérience singulière (Coyne et Beckman,

2012). Notons qu'en moyenne 3 % des enfants canadiens âgés de 1 an à 17 ans feront face au décès d'un parent ou d'un membre de la fratrie (Statistique Canada, 2019).

Manifestations et impacts du deuil chez l'enfant

La douleur occasionnée par la perte d'un être cher peut entraîner des manifestations émotionnelles, comportementales, symptomatiques et cognitives (Jacques, 2020; Stroebe *et al.*, 2007) qui dépendent du niveau de développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant (Romano, 2010). La figure 1 détaille ces différentes manifestations.

Figure 1 : Les manifestations du deuil chez l'enfant



Les manifestations inhérentes au processus de deuil chez l'enfant sont aussi influencées par la représentation qu'il a de la mort (Coyne et Beckman, 2012). Avant 10 ans, il n'est généralement pas en mesure d'appréhender la nature véritable de la perte et son caractère irréversible (Romano, 2010). À chaque stade de son développement cognitif, l'enfant aborde la mort avec une compréhension nouvelle qui lui permet de mieux la conscientiser et d'en estimer les conséquences (Masson, 2010). D'autres facteurs influencent ces manifestations : le sens donné à l'événement, les circonstances du décès (mort annoncée ou soudaine), la nature de la relation avec le défunt et les réactions de l'entourage (Fawer Caputo, 2018 ; Hanus, 2007).

À court terme, le deuil peut affecter le niveau socioéconomique et le réseau social de la famille, puis le fonctionnement scolaire de l'enfant (Coyne et Beckman, 2012). À moyen ou long terme, on dénote chez l'élève endeuillé une moins bonne santé physique, des parcours scolaires écourtés, des chances réduites d'accéder à la diplomation, une insertion professionnelle complexifiée (Blanpain, 2008) et parfois des problèmes de santé mentale (Coyne et Beckman, 2012).

La place du deuil à l'école

Une situation de perte peut perturber l'organisation familiale et affecter les capacités parentales (Ben Soussan, 2013 ; Romano, 2010). L'école est un milieu de vie significatif permettant de pallier cette lacune (Bacqué, 2015). En ce sens, elle aurait une certaine responsabilité vis-à-vis de l'élève endeuillé et sa famille (Julier-Costes, 2015), puisqu'il y passe la grande majorité de son temps (Bacqué, 2015). Idéalement, il faudrait aborder le sujet de la mort à l'école avant qu'un tel événement ne survienne, afin d'aider les enfants à mieux s'y préparer (Bacqué, 2015). Cependant, la responsabilité du personnel enseignant face à des questions aussi fondamentales semble plutôt floue (Croyere, 2014), bien que le deuil revête une importance incontestable dans le domaine de l'enseignement.

Le rôle des membres du personnel scolaire en soutien à l'élève endeuillé

Les interventions des adultes jouent un rôle primordial dans le déploiement des capacités adaptatives des élèves endeuillés (Molinié, 2013). Ces derniers ont besoin d'accompagnement et l'école peut leur offrir une assistance pertinente, car les personnes enseignantes sont en première ligne à la suite d'un deuil (Fawer Caputo, 2018). Or, celles du niveau primaire pourraient éviter d'aborder la question, par inconfort ou manque de repères (Schonfeld et Quackenbush, 2010 ; Rennesson *et al.*, 2013). Elles croient protéger ainsi les élèves d'une souffrance qu'ils ont toutefois besoin d'exprimer (Ben Soussan, 2013). Plusieurs facteurs sont à l'appui de ce constat, tel qu'un manque de formation ou de connaissances au sujet du deuil (Julier-Costes, 2015), des motifs personnels ou culturels (Bélangier, 2018), etc.

Ainsi, le personnel des services complémentaires devrait être habilité à offrir un espace de parole aux élèves et à sensibiliser les personnes enseignantes sur les façons de les accompagner (Coyne et Beckman, 2012 ; Romano, 2011).

Le rôle des membres de l'OPPQ auprès de l'élève endeuillé et du personnel enseignant

Parmi les 1761 psychoéducatrices et psychoéducateurs qui se trouvaient dans les milieux d'éducation en 2021, 896 pratiquaient dans des écoles primaires (OPPQ, 2022). Par le biais de l'exercice du rôle-conseil, de l'accompagnement clinique et de l'évaluation psychoéducative (Daigle *et al.*, 2021), les membres de l'OPPQ préconisent des interventions ayant pour objectif de favoriser la réussite éducative des élèves (MÉES, 2017), considérant que le deuil peut affecter leurs performances scolaires, altérer leur investissement dans leurs apprentissages (McManus et Paul, 2019) et causer des difficultés comportementales (Coyne et Beckman, 2012). Ces élèves sont donc susceptibles de tirer profit, directement ou indirectement, des services psychoéducatifs.

En somme, puisque le personnel enseignant ne semble pas suffisamment outillé pour intervenir en contexte de deuil (McManus et Paul, 2019) et qu'un grand nombre d'élèves aura à faire face à un deuil avant même de parvenir à l'âge adulte (Schonfeld et Quackenbush, 2010), les membres de l'OPPQ peuvent jouer un rôle important face à cet événement incontournable et douloureux.

Projet de recherche

La visée principale du projet en cours est de mieux comprendre comment les membres de l'OPPQ qui œuvrent en milieu scolaire primaire peuvent soutenir les élèves endeuillés et le personnel enseignant. Pour ce faire, trois objectifs sont poursuivis : 1) décrire leur expérience auprès des élèves endeuillés et du personnel enseignant ; 2) documenter les formes d'aide qu'ils offrent en contexte de deuil en milieu scolaire primaire ; et 3) répertorier leurs besoins de formation en relation avec leurs activités professionnelles en contexte de deuil. Un devis qualitatif de type descriptif permettra de donner la parole aux membres de l'OPPQ et de rendre compte de leurs expériences respectives auprès des élèves endeuillés et du personnel enseignant concerné (Fortin et Gagnon, 2022). Le recours à des entrevues individuelles semi-structurées est retenu, étant donné que la thématique de deuil est un sujet intime qui peut induire des émotions ou raviver des souvenirs personnels (Jenny, 2007). Cette méthode de collecte et l'analyse thématique des données cliniques obtenues permettront de saisir le sens qu'ils donnent à une expérience professionnelle qui peut s'avérer singulière, en raison des multiples éléments en jeu. Les entrevues se dérouleront vers le mois de mai 2023. ■

Références

- Bacqué, M.-F. (2015). Une pédagogie de la mort et de la perte à l'école : écouter, parler, représenter. Dans M.-C. Fawer Caputo et M. Julier-Costes (dirs.) *La mort à l'école : annoncer, accueillir, accompagner*, 35-53. De Boeck supérieur.
- Bélangier, E. (2018). *L'expérience vécue par les adolescents endeuillés en processus de résilience : récits phénoménologiques* [Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada]. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/29985>
- Ben Soussan, P. (2013). *L'enfant confronté à la mort d'un parent*. Érès.

Blanpain, N. (2008). Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte? *Études et Résultats*, 168, 1-8.

Coyne, R. et Beckman, T. O. (2012). Loss of a Parent by Death: Determining Student Impact. *International Journal of Psychology*, 10(1).

Croycere, M. (2014). Parler de la mort à l'école. *Études sur la mort*, 145(1), 109-123.

Daigle, S., Renou, M. et Bolduc, S. (2021). De la pratique traditionnelle à la pratique contemporaine de la psychoéducation. *Revue de Psychoéducation*, 50(2), 183-203.

Fawer Caputo, C. (2018). Accompagner un enfant endeuillé : quel rôle pour les enseignants? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 1(132), 63-73.

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.

Hanus, M. (2007). Le deuil chez l'enfant et l'adolescent. Dans M. Hanus, J.-P. Guetny, J. Berchoud et P. Satet, (dirs.), *Le grand livre de la mort à l'usage des vivants*, 294-297. Albin Michel.

Jacques, J. (dirs.) (2020). *Le deuil : La boîte à outils*. Éditions de Mortagne.

Jenny, P. (2007). *La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort : recherche dans une unité de soins palliatifs*. InfoKara, 22, 3-12. <https://doi.org/10.3917/inka.071.0003>

Julier-Costes, M. (2015). Penser la place de la mort d'un jeune à l'école. Dans C. Fawer-Caputo, et M. Julier-Costes, *La mort à l'école : Annoncer, accueillir, accompagner*. De Boeck supérieur.

Masson, J. (2010). *Mort, mais pas dans mon cœur : guider un jeune en deuil*. Éditions Logiques.

McManus, E. et Paul, S. (2019). Addressing the bereavement needs of children in school: An evaluation of bereavement training for school communities. *Improving Schools*, 22(1), 72-85.

Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2017). *Politique de la réussite éducative : le plaisir d'apprendre, la chance de réussir*. Gouvernement du Québec : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Molinié, M. (2013). Grandir orphelin ou l'invisible gestation du parent défunt. Dans P. Ben Soussan, *L'enfant confronté à la mort d'un parent*, 87-102. Érès.

Moulin-Barman, S. (2005). *Le deuil à l'école*. Support didactique pour enseignants. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2022). Rapport annuel 2020-2021.

Rennesson, M., Séjourné, C., Frattini, M.-O., La Marne, P., Lelièvre, F. et Lasserre, S. (2013). Accompagner le deuil en milieu scolaire : des ressources pour les professionnels. *Études Sur la mort*, 144(2), 147-147.

Romano, H. (2010). La mort en face : réactions immédiates des enfants et adolescents confrontés à la mort d'un proche : Étude prospective des réactions à la mort d'un proche d'enfants ou d'adolescents lors de la prise en charge par les secours d'urgence. *Études sur la mort*, 138(2), 89-89.

Romano, H. (2011). L'institution scolaire face à l'enfant orphelin. Dans M. Molinié (dir.), *Invisibles orphelins*, 138-146. Éditions Autrement.

Statistique Canada. (2019). *Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019* [tableau statistique]. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022018-fra.htm>

Schonfeld, D. J. et Quackenbush, M. (2010). *The grieving student: a teacher's guide*. Paul H. Brookes Pub.

Stroebe, M., Schut, H. et Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.

FORMATIONS

Programme «Je suis capable»

Ce programme a été conçu pour aider les enfants de 4 ans et plus à surmonter des difficultés sociales, comportementales, et émotionnelles. Vous apprendrez à appliquer les principes et les techniques du programme en intervention individuelle et en groupe.

- **Montréal: 4 et 5 mai 2023**

Troubles anxieux : pour des solutions durables

L'Approche orientée vers les solutions nous permet d'aider une personne à recadrer son anxiété et de préciser et appliquer ce qu'elle fait lorsque son anxiété est moins présente ou se manifeste différemment. Cette formation vous prépare à utiliser les techniques de l'AOS avec des clients anxieux.

- **Montréal: 28 avril 2023**

AOS auprès des jeunes en difficulté

Cette formation vous permettra d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation immédiate des techniques les plus utiles de l'Approche orientée vers les solutions (AOS). Elle s'adresse aux intervenants qui travaillent auprès des jeunes de 12 à 25 ans.

- **Montréal: 11 et 12 mai 2023**

Écoles orientées vers les solutions

Cette formation vous prépare à utiliser les principes et les techniques de l'Approche orientée vers les solutions (AOS) en intervention, travail auprès des familles, et élaboration des plans d'intervention en milieu scolaire.

- **Sur demande en milieu de travail**



DÉTAILS ET INSCRIPTION : WWW.LAVOIESOLUTIONS.COM

Planifiez une formation pour votre équipe en salle ou en ligne : info@lavoiesolutions.com

PRÉVENIR LE SUICIDE : LES LEÇONS TIRÉES DU VÉCU EXPÉRIENTIEL

Emilie Varin, ps. éd., M. Sc., conseillère-cadre en psychoéducation à la direction des services multidisciplinaires, volet des pratiques professionnelles, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Responsable des pratiques organisationnelles requises ainsi que des formations et du transfert des connaissances en prévention du suicide pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Geneviève Trempe, ps. éd., M. Sc., clinique des premiers épisodes psychotiques (Connec-T), Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Actuellement formatrice en prévention du suicide pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle possède une expérience en centre de crise et comme formatrice en intervention de crise.

Nous sommes deux psychoéducatrices pour qui la prévention du suicide est au cœur de la pratique, que ce soit par notre expérience clinique en santé mentale ou en accompagnement clinique de professionnels. Nous souhaitons prendre un temps de réflexion sur les apprentissages tirés de nos pratiques et sur la façon dont la prévention du suicide nous interpelle. À l'aube de la mi-carrière, que retenons-nous comme étant le plus important en prévention du suicide? Qu'avons-nous appris, au-delà des notions théoriques acquises au cours de notre formation universitaire, par notre contact auprès de la clientèle ou des intervenants? Voici les messages centraux que nous aimerions partager avec nos collègues psychoéducatrices et psychoéducateurs pour témoigner de notre conviction de l'importance absolue de parler de la prévention du suicide.

Le suicide, ça touche tout le monde, même toi

Notre pratique nous a permis de constater l'hétérogénéité des personnes qui ont des idées suicidaires ou qui posent un geste suicidaire. Ce n'est pas si surprenant quand on sait que plus de 75 facteurs sont reliés aux comportements suicidaires. Chacun a sa propre histoire, son propre visage. Cette personne, c'est une jeune mère exténuée qui se sent seule et inadéquate dans son rôle de mère, c'est un homme de 87 ans pour qui s'ajoute aux deuils à faire le départ de sa femme en CHSLD, c'est une étudiante à la maîtrise en psychoéducation qui est apeurée par l'apparition de pensées obsessionnelles et qui n'ose pas en parler. Qui est à l'abri de conditions de vie difficiles, telles qu'une séparation, un décès, une perte d'emploi qui, en période de vulnérabilité, peuvent amener un état de crise avec des idées suicidaires? Cette personne, ça pourrait être nous, ça pourrait être toi.

Bien sûr, des groupes à plus haut risque de passer à l'acte suicidaire ont été identifiés dans la littérature, ce qui nous indique d'augmenter notre vigilance. Fait important : les travailleurs de la santé, qui côtoient la détresse quotidiennement, font partie de ces groupes. Comment se fait-il que, dans plusieurs situations, la détresse immense qui amène une personne à vouloir mourir ne

soit pas détectée? Est-il possible que nos idées préconçues et nos préjugés nous amènent parfois à ne pas reconnaître cette détresse ou à ne pas envisager qu'une personne puisse en venir à poser un geste suicidaire? Nous croyons qu'il est essentiel de convenir que la prévention du suicide, ça touche tout le monde y compris nous, comme psychoéducatrices et psychoéducateurs.

Les impacts possibles de la prévention du suicide

Compte tenu du fait que nous serons tous un jour ou l'autre touchés de près ou de loin par le suicide, que ce soit dans notre vie personnelle ou professionnelle, il est important de voir comment notre vécu en lien avec le suicide influencera notre santé psychologique, tout comme notre situation professionnelle. Nos réactions en contexte de prévention du suicide pourront s'expliquer par différents facteurs liés à nos expériences de vie et à notre vécu professionnel. Nous-mêmes, avons-nous déjà eu des idées suicidaires? Avons-nous déjà vécu la perte par suicide d'un proche ou d'un client? Quelles sont nos expériences et connaissances en intervention en contexte suicidaire?

Ces facteurs auront un impact direct sur nos réactions et sur nos interventions en prévention du suicide, qui demeure une continuelle gestion de risque. Nous vous invitons à prendre du recul pour accueillir et observer les différentes émotions que vous ressentez. Car, oui, vous pourriez vivre de la peur, de l'inquiétude, de l'inconfort, de la culpabilité, et ces émotions influenceront certainement vos interventions (ex. évitement, minimisation, hypervigilance) ainsi que votre bien-être (ex. épuisement, anxiété). Vous est-il déjà arrivé de ne pas poser la question : « Pensez-vous au suicide », par peur de la réponse? D'effectuer, lors du suivi d'un usager suicidaire, des interventions pour vous sécuriser vous-mêmes malgré les effets iatrogènes qui pourraient en découler? D'être envahi, après une journée de travail où vous avez accompagné un client suicidaire, par une grande fatigue et de continuer de penser à vos interventions? Ces situations se sont présentées pour la plupart d'entre nous et peuvent entraîner une détresse à laquelle nous devons rester attentifs.

Nous avons tous un rôle à jouer en prévention du suicide, et plus particulièrement nous, en tant que psychoéducatrices et psychoéducateurs. Dans notre champ d'exercice, nous sommes en constante interaction avec plusieurs personnes qui pourraient éventuellement présenter un risque suicidaire.

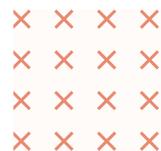
Il est important de rester à l'écoute de notre fatigue empathique et de ne jamais rester seul avec une situation. Nous vous suggérons de parler à vos collègues, à vos proches ou à un professionnel de la santé. Il ne faut pas hésiter à nommer vos limites et réclamer d'être outillé puis accompagné. Malheureusement, en tant qu'aidant, compte tenu de la stigmatisation associée au suicide, il peut être difficile d'oser demander de l'aide, que ce soit dans son rôle professionnel ou sur le plan personnel. Car, oui, vous devrez à différents moments de votre carrière devenir l'« aidé », qu'il s'agisse de retrouver un équilibre personnel ou pour accompagner un client suicidaire.

On a tous un rôle à jouer

En conclusion, nous avons tous un rôle à jouer en prévention du suicide, et plus particulièrement nous, en tant que psychoéducatrices et psychoéducateurs. Dans notre champ d'exercice, nous sommes en constante interaction avec plusieurs personnes qui pourraient éventuellement présenter un risque suicidaire. Nous avons la possibilité et la responsabilité, compte tenu de notre rôle, de nos compétences et de nos connaissances, de faire la différence pour préserver la vie :

- en prenant conscience, de manière bienveillante, de ce que la prévention du suicide nous fait vivre et la façon dont cela influence nos interventions;
- en détectant la détresse chez nous et chez les gens qui nous entourent, qu'il s'agisse de nos clients, nos collègues ou nos proches;
- en nous montrant disponibles et en adoptant une attitude de non-jugement;
- en allant chercher de l'aide lorsque nous vivons de la détresse pour prévenir le suicide, d'abord pour nous, et ainsi poursuivre notre importante mission d'aider les gens à retrouver l'équilibre. ■

1-866-APPELLE



emplois811.ca

Dessine ta carrière avec...

**Info-Social 811
Montréal**

Professionnel(le)s
avec compétences en
intervention psychosociale.



Envoie-nous ton c.v.!
equipe.srisis.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca



811... Des conseils santé et sociaux, de jour comme de nuit!

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



OFFRE DE FORMATIONS 2023

Porte-Voix
Formations continues en santé mentale

Éclairage des théories de L'ATTACHEMENT et thérapie basée sur la MENTALISATION auprès des personnes présentant un TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Sébastien Bouchard Ph. D., psychologue

Montréal, 21 avril 2023 • Québec, 12 mai 2023



TROUBLE D'UTILISATION DE SUBSTANCES ET TROUBLES MENTAUX : détection et intervention

D^{re} Sarah Fillion-Bilodeau, Ph. D., psychologue et Rachel Perreault, B. Sc., en psychologie

Montréal, 24-25 mai 2023 • Québec, 15-16 juin 2023



SOCIALISATION DES HOMMES ET SANTÉ MENTALE : enjeux et stratégies d'intervention

D^r Jean-Martin Deslauriers, Ph. D., travail social

Montréal, 19-20 octobre 2023 • Québec, 23-24 novembre 2023



PLUS DE 50 FORMATIONS DE 6 OU 12 HEURES EN LIGNE EN REDIFFUSION!

Informations et inscriptions porte-voix.qc.ca
porte-voix@videotron.ca

