

Les enfants suicidaires : Particularités du processus suicidaire et intervention auprès d'eux

JOSEE LAKE T.S.

Webinaire - CRISE

**Ressource Régionale Suicide
du CSSS de LAVAL**

Penser l'impensable, Comprendre l'incompréhensible

Jeannette Bougrab dans Quand un enfant se donne la mort.

Plan du Webinaire

- Statistiques
- Concepts de mort
- Définitions
- Facteurs de vulnérabilité
- Processus suicidaire
- Principes d'intervention
- Intervention
- Questions

Nombre et taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 1999 à 2006.

Nombre et taux par 100 000 personnes

Groupe d'âge	Période															
	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Nb	Taux														
Sexes réunis																
0-14	8	0.6	10	0.8	8	0.6	8	0.6	7	0.5	6	0.5	8	0.6	12	1.0
15-19	104	21.3	80	16.8	75	16.0	71	15.4	70	15.3	55	12.1	53	11.4	35	7.4
20-34	422	28.0	322	21.6	317	21.2	340	22.7	276	18.4	275	18.3	257	17.1	224	14.9
35-49	645	34.8	532	28.5	524	28.1	500	26.8	471	25.4	429	23.4	489	26.9	412	23.0
50-64	269	22.1	249	19.8	293	22.5	296	22.0	307	22.1	293	20.4	314	21.2	304	19.9
65 et +	172	18.6	132	14.0	117	12.1	127	12.9	128	12.8	119	11.7	139	13.3	149	13.9
Total	1620	22.2	1325	18.1	1334	18.0	1342	18.0	1259	16.8	1177	15.6	1260	16.6	1136	14.8
Hommes																
0-14	6	0.9	8	1.2	4	0.6	4	0.6	4	0.6	5	0.8	3	0.5	8	1.3
15-19	85	33.9	68	27.7	56	23.3	50	21.1	48	20.5	39	16.7	37	15.6	24	9.9
20-34	365	47.4	272	35.6	270	35.3	277	36.1	225	29.3	229	29.7	213	27.6	185	24.0
35-49	489	52.7	410	43.9	404	43.1	393	42.0	363	38.9	312	33.7	381	41.6	332	36.6
50-64	206	34.5	195	31.6	231	36.2	221	33.5	239	35.0	202	38.7	234	32.1	220	29.3
65 et +	133	35.0	106	27.2	90	22.6	107	26.3	101	24.3	88	20.6	111	25.4	114	25.3
Total	1284	35.9	1059	29.3	1055	28.8	1052	28.7	980	26.5	875	23.4	979	26.1	883	23.4
Femmes																
0-14	2	0.3	2	0.3	4	0.6	4	0.6	3	0.5	1	0.2	5	0.8	4	0.7
15-19	19	8.0	12	5.2	19	8.4	21	9.4	22	9.9	16	7.2	16	7.1	11	4.8
20-34	57	7.7	50	6.9	47	6.5	63	8.6	51	7.0	46	6.3	44	6.0	39	5.3
35-49	156	16.9	122	13.1	120	12.9	107	11.6	108	11.7	117	12.9	108	12.0	80	9.0
50-64	63	10.2	54	8.4	62	9.4	75	11.0	68	9.6	91	12.4	80	10.6	84	10.8
65 et +	39	7.1	26	4.7	27	4.8	20	3.5	27	4.6	31	5.2	28	4.6	35	5.7
Total	336	9.1	266	7.2	279	7.5	290	7.8	279	7.4	302	7.9	281	7.3	253	6.4

Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

Sources : MSSS, Fichier des décès 1999-2005, Fichier du coroner 2006, MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2001.

Source : St-Laurent, D. Gagné, M.

Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006, institut national de la santé publique du Québec, janvier 2008, p. 8.

Ressource Régionale Suicide du
Csss de Laval

Webinaire du CRISE 2013

Tableau 1 Nombre et taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, ensemble du Québec, de 2005 à 2009¹

Groupe d'âge	Année									
	Données officielles						Données provisoires			
	2005		2006		2007		2008 ¹		2009 ¹	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Sexes réunis										
0-14	8	0,6	12	1,0	2	0,2	10	0,8	8	0,7
15-19	52	11,2	35	7,3	41	8,3	42	8,4	37	7,3
20-34	260	17,2	244	16,1	240	15,8	229	14,9	205	13,3
35-49	493	27,1	425	23,6	399	22,6	380	21,8	378	22,1
50-64	316	21,3	318	20,9	310	19,8	322	20,0	316	19,2
65 et plus	139	13,4	157	14,7	119	10,9	139	12,3	124	10,6
Total ²	1 268	16,7	1 191	15,5	1 111	14,2	1 122	14,4	1 068	13,5
Hommes										
0-14	3	0,5	8	1,3	2	0,3	7	1,1	4	0,6
15-19	37	15,6	24	9,8	35	13,9	30	11,7	27	10,4
20-34	216	27,9	199	25,6	203	26,1	181	23,1	163	20,6
35-49	384	41,7	340	37,3	308	34,3	292	33,0	300	34,4
50-64	234	32,1	228	30,4	238	30,9	230	29,1	234	28,9
65 et plus	111	25,3	118	25,9	85	18,0	111	22,7	102	20,0
Total ²	985	26,2	917	24,1	871	22,5	851	22,1	830	21,3
Femmes										
0-14	5	0,8	4	0,7	0	0,0	3	0,5	3	0,5
15-19	15	6,6	11	4,7	6	2,5	12	4,9	10	4,1
20-34	44	6,0	45	6,1	37	5,0	48	6,4	41	5,4
35-49	109	12,1	85	9,6	91	10,4	87	10,2	78	9,3
50-64	82	10,9	90	11,6	72	9,0	92	11,3	79	9,5
65 et plus	28	4,7	39	6,4	34	5,4	28	4,4	22	3,3
Total ²	283	7,4	274	7,0	240	6,0	270	6,8	233	5,9

Note : nombre et taux par 100 000 personnes.

¹ Données provisoires pour les années 2008 et 2009 provenant de la banque de données des coroners. À interpréter avec réserve.

² Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

Sources : MSSS, Fichier des décès de 2005 à 2007 et banque de données des coroners 2008 et 2009. MSSS, Perspectives démographiques basées sur le recensement de 2006.

**Nombre et taux de mortalité par suicide,
pour les jeunes âgés entre 0-14 ans,
ensemble du Québec, de 1999 à 2009.**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
8	10	8	8	7	6	8	12	2	10	8	Total
2	2	4	4	3	1	5*	4	0	3	4	Filles
6*	8*	4	4	4	5*	3	8*	2*	7*	4	Garçons

Concepts de mort

- Que comprend l'enfant de : se tuer soi-même?
- Que comprend l'enfant de : ce qu'est la mort?
- Que comprend l'enfant de la finalité de la mort?
- Que comprend l'enfant de la permanence de la mort?
- L'enfant peut-il nommer des moyens de se donner la mort?
- L'enfant peut-il se suicider?

Concepts de mort

- À quel âge les concepts de mort sont-ils acquis?
- Finalité
- Permanence
- Irréversibilité
- Universalité
- Que se passe-t-il après la mort?

La mort

Les enfants développent une compréhension cognitive et affective de la mort en ayant des expériences avec la mort et selon les explications données par les adultes, les enfants ne sont pas traumatisés de parler de la mort ou du suicide.

Exemples de questions afin d'évaluer la compréhension des concepts de mort :

- Que se passe-t-il lorsque quelqu'un meurt?
- Penses-tu souvent à la mort?
- Peut-on revenir après que l'on meurt?
- Connais-tu quelqu'un qui est décédé?

Suicide enfant

Tout comportement autodestructeur qui vise à se blesser sérieusement ou à causer sa mort devrait être compris comme étant un comportement suicidaire de la part d'un enfant.

Il n'est pas nécessaire que l'enfant comprenne la finalité ou la permanence de la mort mais il est nécessaire que l'enfant ait une certaine compréhension des concepts de mort.

Suicide enfants

- The art of suicide represents a final, desperate attempt by a child at some type of resolution to what he or she perceives to be otherwise unsolvable troubles. (Jacobs, 1999)
- Le suicide représente pour l'enfant un essai final et désespéré afin de trouver une résolution(solution) à ce que l'enfant perçoit comme étant une situation sans issue.

Connaissance du suicide

Selon les recherches de Brian Mishara (1992,1995) faites auprès de 65 enfants âgés entre 6 et 12 ans, 7,7% des enfants connaissent quelqu'un qui s'est suicidé et 13,8% ont déjà pensé à se tuer. Les trois quarts des enfants ont pris connaissance du suicide par la télévision et 80% des enfants discutent du suicide ensemble.

Vers l'âge de 8 ans, selon Mishara (1995) et Normand et Mishara (1992), les enfants comprennent ce qu'est le suicide, sont capables d'en parler et de donner des explications sur les raisons qui poussent les gens au suicide.

6 ans : 0%

7 ans : 3%

8 ans : 87%

9 ans : 81%

10-12 ans : 100%

Tiré de : MISHARA, Brian L. **Conceptions de la mort et du suicide chez l'enfant : recherches empiriques et implications pour la prévention du suicide** dans *P.R.I.S.M.E.*, automne 1995, vol. 5

Connaissance du suicide

Lorsqu'on leur demande comment quelqu'un peut se tuer, voici ce qu'ils répondent :

- Avec un couteau : 58% (38 enfants)
- La chute : 34% (22 enfants)
- Arme à feu : 31% (20 enfants)
- Empoisonnement : 25% (16 enfants)
- Se faire frapper par une auto : 12% (8 enfants)
- Se noyer : 9% (6 enfants)
- Pendaison : 6% (4 enfants)
- S'immoler par le feu : 5% (3 enfants)
- Se frapper la tête contre un mur : 2% (1 enfant)

Tiré de : MISHARA, Brian L. **Conceptions de la mort et du suicide chez l'enfant : recherches empiriques et implications pour la prévention du suicide** dans *P.R.I.S.M.E.*, automne 1995, vol. 5

	Prédisposants	Contributeurs	Précipitants	Protecteurs
Enfant (individuel)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dépression et/ou problèmes psychiatriques <input type="checkbox"/> Pertes précoces <input type="checkbox"/> Problèmes affectifs graves <input type="checkbox"/> Être un garçon <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Dérèglement du fonctionnement de la sérotonine <input type="checkbox"/> Vulnérabilité émotionnelle <input type="checkbox"/> Deuil compliqué ou non résolu 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faible capacité d'adaptation <input type="checkbox"/> Atrophie et/ou absence des forces psychologiques dont : l'espérance, le vouloir, la compétence <input type="checkbox"/> Difficulté d'apprentissage ou intelligence supérieure <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Conduites casse-cou <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle <input type="checkbox"/> Problèmes physiques <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Comportements agressifs <input type="checkbox"/> Trop de responsabilité pour leur âge 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Échecs dans plusieurs domaines <input type="checkbox"/> Pertes significatives <input type="checkbox"/> Fugues <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Placement/déplacement <input type="checkbox"/> Crise disciplinaire <input type="checkbox"/> Deuil 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estime de soi <input type="checkbox"/> Contrôle de soi <input type="checkbox"/> Coping <input type="checkbox"/> Sens de l'humour <input type="checkbox"/> Spiritualité <input type="checkbox"/> Tempérament facile <input type="checkbox"/> Habilétés de résolution de problèmes <input type="checkbox"/> Autonomie <input type="checkbox"/> Attachement sécuritaire
Familial	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédents de suicide et/ou tentatives de suicide dans la famille <input type="checkbox"/> Relation de violence, d'abus, négligence <input type="checkbox"/> Situation économique difficile <input type="checkbox"/> Problèmes psychiatriques dans la famille 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abus de substances <input type="checkbox"/> Conflits familiaux <input type="checkbox"/> Instabilité familiale <input type="checkbox"/> Déresponsabilisation des parents 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Séparation, divorce, décès <input type="checkbox"/> Perte significative <input type="checkbox"/> Déménagement 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Modèles parentaux équilibrés <input type="checkbox"/> Relations familiales chaleureuses <input type="checkbox"/> Attentes réalistes <input type="checkbox"/> Soutien et encouragement de la part des parents

	Prédisposants	Contributeurs	Précipitants	Protecteurs
Pairs	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement social et aliénation 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Être différent des autres (couleur, religion, statut économique) <input type="checkbox"/> Imitation de comportements inadaptés des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Se sentir incompris, rejeté, non désiré <input type="checkbox"/> Décès, perte <input type="checkbox"/> Crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habiletés sociales <input type="checkbox"/> Modèles sains <input type="checkbox"/> Acceptation et soutien social
École	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expériences scolaires négatives <input type="checkbox"/> Absence de lien significatif 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Banalisation des problèmes de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfants « étiquetés » comme étant problématiques <input type="checkbox"/> Peu d'aide disponible dans l'école 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Échec et expulsion <input type="checkbox"/> Crise disciplinaire <input type="checkbox"/> Changement d'école 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Adultes croyant à leurs capacités <input type="checkbox"/> Implication des parents <input type="checkbox"/> Encouragement à participer à la vie scolaire
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non reconnaissance du suicide chez les enfants <input type="checkbox"/> Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disponibilité du moyen (arme à feu, médicament) <input type="checkbox"/> Changements fréquents d'intervenants (continuité des services) <input type="checkbox"/> Hésitation, incertitude des sentinelles à aider <input type="checkbox"/> Ressources peu accessibles <input type="checkbox"/> Pauvreté économique 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Peu d'espoir en l'avenir <p>Adapté par Josée Lake RRS du CSSS de Laval, 2006, Tiré de White, J. Modèle à découvrir, Vis à Vie, juillet 1999 dans Intervention en situation de crise suicidaire, AQPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Possibilité d'engagement <input type="checkbox"/> Espoir en l'avenir <input type="checkbox"/> Solidarité communautaire <input type="checkbox"/> Disponibilité des ressources

Les propos suicidaires n'étant pas pris au sérieux et/ou non entendus, souvent seule la mise en acte de la détresse de l'enfant amènera l'entourage à se soucier réellement des plaintes de l'enfant.

L'adulte préfère « entendre » les passages à l'acte de l'enfant plutôt que ses discours.

Gamme des comportements suicidaires des enfants

1. **Pas de comportement suicidaire. Aucun geste ou idéation suicidaire.**
2. **Idéation suicidaire : pensée afin de se blesser sérieusement ou de mourir.**

Exemple : «Je veux me tuer»

3. **Menaces suicidaires : verbalisation imminente que je veux faire un geste qui me blessera sérieusement ou me tuera si mis à exécution.**

*Exemple : «Je vais me jeter devant une auto»,
lorsqu'il est sur le bord du trottoir.*

Un enfant qui est près de la fenêtre et qui dit: «Je vais sauter en bas»

Gamme des comportements suicidaires des enfants

4. **Tentatives de suicide** : les tentatives se divisent en 2 catégories. Celles pouvant causer la mort et celles qui ne le peuvent pas.

Une tentative ne pouvant pas causer la mort est définie lorsque d'une façon réaliste, ce moyen n'aurait pas pu causer la mort de l'enfant.

Exemple : Un enfant qui avale 2 «tylenol».

Une tentative pouvant causer la mort est lorsque le geste posé aurait pu, de façon réaliste, causer la mort de l'enfant et nécessite des soins médicaux.

Exemple : Un enfant qui saute du 4ième étage et qui subit plusieurs fractures.

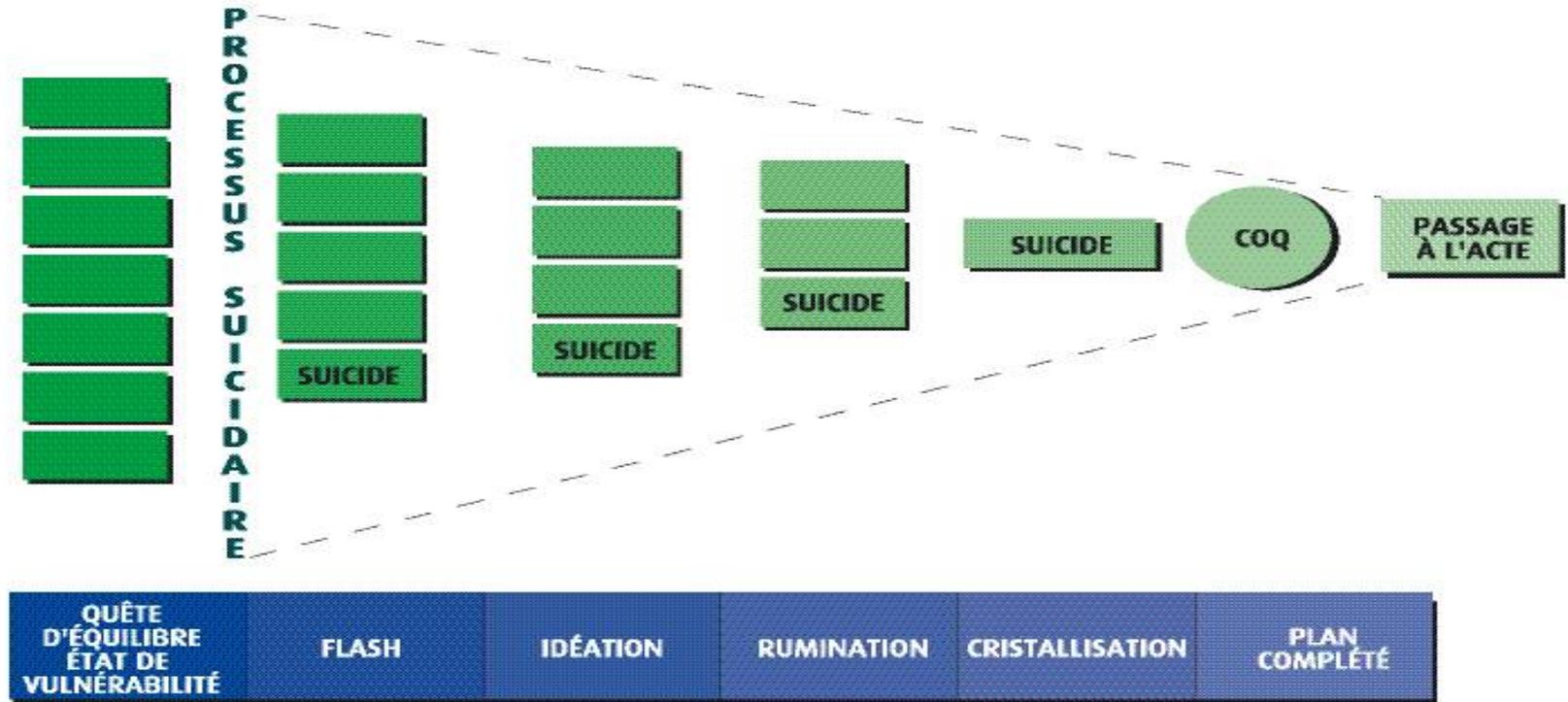
5. **Suicide** : Toute action posée par l'enfant et qui cause sa mort.

Pfeffer , Conte,Plutchik et Jerrett,1979,1980; Pfeffer,Solomon,Plutchik et Mizruchi, 1984; Paykel, Myers, Lindenthal et Tanner, 1974

Ressource Régionale Suicide du
Csss de Laval

Webinaire du CRISE 2013

Acétate 4 • Processus suicidaire



Inspiré de ; Phaneuf J., Séguin M., (1987) Suicide: prévention et intervention, Montréal. Dossier technique du conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.

Tiré du document Association québécoise de prévention du suicide (2003). Intervenir en situation de crise suicidaire. Montréal.

Toute utilisation de ce document requiert l'autorisation préalable de l'AQPS

Ressource Régionale Suicide du
Csss de Laval

Webinaire du CRISE 2013

4 raisons principales pousseraient les enfants au suicide :

1. Aller rejoindre une personne décédée.
2. Fonction d'évitement ou de fuite face à une situation déplaisante. L'enfant par son suicide, cherche à éviter une punition, une conséquence, une situation qu'il ne veut pas vivre.
3. Désir de punition. Peut être le désir de punir l'autre et/ou désir d'autopunition. En «punissant» son parent, ce dernier réalisera à quel point il l'aime. Si je me tue, les problèmes de mes parents vont disparaître, ils ne se sépareront pas, etc.
4. S'échapper d'une situation intolérable. Pour arrêter de se faire battre, abuser. Pour les deux première raisons (rejoindre une personne décédée et fuir une situation déplaisante), la mort serait plutôt vue comme étant réversible et temporaire.
Pour les deux dernières raisons (désir de punition et s'échapper d'une situation intolérable), la finalité de la mort serait comprise.

Rencontre avec l'enfant

- L'intervenant doit accueillir l'enfant et lui demander s'il sait pourquoi il le rencontre.
- Demander qu'il nous explique la raison de l'entrevue. Recadrer et clarifier toute fausse information. (Aldridge & Wood 1998; Bourg et al;1999)
- L'entrevue doit être réconfortante pour l'enfant. (Pfeffer,2003; Wilson et Powell, 2001)
- L'alliance thérapeutique avec l'enfant est un élément crucial pour l'aider à parler de ce qui ne va pas.
- Normaliser que c'est un peu gênant, apeurant.
- Il est préférable de rencontrer l'enfant seul.
- Dans un deuxième temps, l'intervenant rencontre les parents.
- Prendre des petites pauses pendant l'entrevue et aider l'enfant à se détendre. (Jobes er al., 2000)

Enfants suicidaires

Les enfants suicidaires ont un désir (conscient et/ ou inconscient) que quelqu'un de gentil et avenant prenne soin d'eux. En répondant à ce besoin dès la première entrevue, les idéations suicidaires peuvent diminuer car on vient d'augmenter l'espoir que la situation peut changer et que quelqu'un se préoccupe d'eux.

Évaluation de l'urgence suicidaire

- Recueillir le plus d'information possible concernant les facteurs de vulnérabilité et la planification suicidaire de la personne afin d'assurer sa sécurité dans un court laps de temps.
- Varier ses sources d'informations
- Ne pas minimiser l'urgence suicidaire
- **L'intervenant doit pouvoir connaître tous ces éléments à la fin de l'entrevue :**
 - 1) Connaître les idéations et intentions suicidaires du jeune;
 - 2) Les idéations présentes; leur intensité, durée, combien de fois par jour il y pense;
 - 3) La létalité et disponibilité du moyen;
 - 4) Les raisons du suicide;
 - 5) La planification (COQ);
 - 6) La préparation (donation d'objet important, achat de moyen pour passer à l'acte...);
 - 7) Les capacités du jeune à résoudre des problèmes. Ses rigidités cognitives. A-t-il du soutien social? Est-il isolé avec ses pairs, dans sa famille?;
 - 8) Évaluer la capacité de l'enfant d'espérer un changement de sa situation. Un enfant sans espoir est un des facteurs de risque les plus inquiétant chez les enfants.
 - 9) L'indication d'un problème d'impulsivité. Les enfants qui sont impulsifs ou qui ont des problèmes de conduite ont un plus haut taux de passage à l'acte. (Stone, Kernberg, 1994);
 - 10) Se positionner fermement par rapport au suicide;
 - 11) Être directif et proactif.

Il est important de réévaluer l'urgence suicidaire tout au long de la démarche.

Ressource Régionale Suicide du
Csss de Laval

Webinaire du CRISE 2013

Exemples de questions afin d'évaluer les Idéations ou tentatives de suicide

- As-tu déjà pensé à te blesser?
- As-tu déjà menacé de te blesser ou te tuer?
- As-tu déjà essayé de te blesser?
- As-tu déjà essayé de te tuer?

Exemples de questions afin d'évaluer les comportements suicidaires passés :

Est- ce la première fois que tu penses au suicide? Si non :

- Quand as-tu pensé au suicide?
- Pourquoi tu pensais au suicide à ce moment?
- Qu'as-tu fait pour ne pas passer à l'acte?

Exemples de questions afin d'évaluer les circonstances au moment où l'enfant a pensé au suicide :

- Que s'est-il passé avant que tu penses au suicide?
- Que se passait-il au moment où tu as pensé au suicide?

Exemples de questions afin d'évaluer les symptômes de dépression :

- Est-ce que ça t'arrive de te sentir triste, en colère ou irrité?
- Est-ce que ça t'arrive de penser que personne ne tient à toi?
- Pleures-tu souvent?
- Es-tu souvent fatigué?

Exemples de questions afin d'évaluer ce qu'il se passerait après:

- As-tu pensé à ce qu'il arriverait si tu essayais de te blesser ou de te tuer?
- Penses-tu que tu aurais été blessé très sévèrement ou même que tu serais décédé?

Exemples de questions afin d'évaluer la situation actuelle et familiale :

- Comment ça va à l'école?
- T'inquiètes-tu à propos de quelqu'un ou quelque chose?
- As-tu beaucoup d'amis?
- Comment ça va à la maison?
- Tes parents se chicanent-ils souvent?

Plan d'action

- Le plan d'action doit inclure les personnes significatives entourant l'enfant.
- L'intervenant doit s'assurer que les parents soient disposés à faire diminuer les stressseurs qui sont contrôlables et participer activement dans le plan d'action. (Jobes et al. 2000)
- Il est important de demander aux parents comment vont-ils assurer la sécurité de leur enfant. (Klimes-Dougan, 1998).
- Il est essentiel de retirer les moyens possibles de passage à l'acte du domicile de l'enfant et de rendre tout autre moyen non accessible pour l'enfant.
- Si l'enfant a besoin d'être hospitalisé l'intervenant doit prendre les mesures nécessaires pour le faire.
- Rencontrer les enfants suicidaires de façon intensive (rencontres, téléphones,) peut avoir un impact majeur sur d'autres possibles tentatives de suicide. Cela peut réduire le risque de passage à l'acte pour une période de 4 mois. (Rudd, 1999).
- Demander à l'enfant comment on peut l'aider? Bien décrire les moyens qu'il va prendre pour s'aider (coffre à outils) lorsqu'une autre situation stressante surviendra et ramènera les idées suicidaires. Être très spécifique, bien détailler les outils qu'il prendra et comment il les utilisera. (Mettre par écrit des mots clé, les moyens, les personnes ressources avec le # de tel. etc.)

« CONTRAT »

Moi _____,
je promets que lorsque j'aurai des difficultés
(grosses
ou petites), j'irai en parler à un adulte responsable
(un parent, un professeur, un intervenant ou une
voisine, etc...). Si l'adulte que j'ai choisi ne
m'écoute
pas, je trouverai un autre adulte à qui en parler et
j'essaierai de nouveau.

En ce jour _____ de l'année _____,

J'ai signé _____,

En présence de _____.

➤ Il suffit d'une pichenette pour passer à l'acte, comme il suffit d'un mot pour se raccrocher à la vie. -Boris Cyrulnik

Vignettes cliniques

- Kayla, une jeune fille de 9 ans a menacé de se jeter en bas du balcon de sa chambre située au 4 ième étage.
- Les parents de Kayla sont séparés depuis 4 ans.
- La mère est dépressive, réservée et planifie se remarier prochainement.
- Kayla en veut à son père d'être parti et est en colère contre sa mère qui veut se remarier.
- Kayla est très attachée à sa mère et refuse d'en être séparée au point de refuser d'aller à l'école et a peur de dormir seule.
- Elle crie et pleure tellement le soir que certains voisins ont déjà téléphoné aux policiers.
- Elle ne veut pas que sa mère aime quelqu'un d'autre qu'elle.

Bibliographie

- AGUILERA D.C. et MESSIK J. (1976). Intervention en situation de crise, the C.V. Mosky co 2ième édition, St-Louis, Toronto, pp 6-7
- ALDRIDGE, M. & Wood, J. (1998) Interviewing children: A guide for child care and forensic practionners. New York.
- Association québécoise de prévention du suicide (2003). Intervenir en situation de crise suicidaire. Montréal. Tous droits réservés. AQPS, 2004
- BRETON, Jean Jacques, md. Comment évaluer le risque de suicide chez les jeunes dans *Le Clinicien*, octobre 1999
- BURGESS, A. W. & ROBERTS, A. R.(2000) Crisis intervention for persons diagnosed with clinical disorders based on street-crisis continuum. In A.R. ROBERTS (ED.) Crisis intervention handbook; Assessment, Treatment and research (2nd edition.), p. 56-76. Oxford
- BOWLBY, J,(1982) Attachment, 2nd editions of vol. 1 of Attachment and loss. Basic books, New york
- CAPLAN, An approach to community mental health, pp. 34-37
- CHOUINARD, Marie-Andrée. Le suicide chez les enfants – le désespoir précoce dans *Le Devoir*, 1er septembre 2002
- CLOUTIER, Annie. Les jeunes de 6-12 ans et le suicide – Pistes de réflexion pour l'intervention, février 2003
- CYRULNIK, Boris. Quand un enfant se donne « la mort ».Odile Jacob, octobre 2011
- DAVIS, Tamara. **Chapter 8: Counseling Suicidal Children** dans *Suicide Across the Life Span*, 2004
- DIOTTE, M. (1996). **Formation en intervention en situation de crise**, Centre d'aide 24/7, Hull
- En parler à quelqu'un, **Guide de formation en prévention du suicide**. Document interne, C.P.S. Suicide Action Montréal, 1999
- DYKEN ET AL. (1985) dans Pfeffer, C. R.(1986) **The suicidal child**. p.173-203. New York
- ERICKSON, ERICKSON et KIVNICK, (1986), **Mésadaptation, adaptation et inadapation à chacun des stades de la vie**, page 45
- FASKO, Sharla Nichols et Daniel FASKO Jr. **Suicidal Behavior in Children** dans *Psychology, A Journal of Human Behavior*, vol. 27, n°. 4, 1990 & vol. 28, n° 1, 1991
- HÉMOND, Éliane. **Le suicide existe-t-il chez les enfants?** dans *Santé Société*, volume 13, numéro 1
- (Hendren, 1990; Stefanoswski-Harding, 1990)
- GAGNON, D & GALLAGHER, R. (2008) **Les conduites suicidaires chez les enfants**, dans *Le vis-à-vis*, avril 2006, volume 15 no.1, p6-7
- GALLAGHER, R. (2008) **Accidents ou tentative de suicide?**, dans *Le vis-à-vis*, avril 2006, volume 15 no.1, p.12
- HENDREN, R. L. (1990) Assessment and interviewing strategies for suicidal patients over the life cycle in S.J. Blumenthal& D.J. Kupfer (eds.) *Suicide over the lifew cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients* (pp. 235-252) Washington. D.C.

Ressource Régionale Suicide du
Csss de Laval

Webinaire du CRISE 2013

- Intervention de crise suicidaire, **Guide de référence**, document interne. C.P.S. le Faubourg, St-Jérôme, 1999
- JACOBSEN, Leslie K., md, et al. **Interviewing Prepubertal Children about Suicidal Ideation and Behavior** dans *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33:4, mai 1994
- JOBES , D.A. & MANN, R.E. **Reasons for Living versus Reasons for Dying** : Examining the Internal Debate of suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, Vol 29 (2) 1999
- (Kenberg, 1994)
- KLIMES-DOUGAN, B. (1998) **Scening for suicidal ideation in children and adolescents**, *Journal of adolescence*, 21, p. 435-444.
- KOOCHER, GP, (1974) **Talking with childlen about death**. *Journal of Orthopsychiatry*, 1974, 44, 404-411.
- MARCELLI, D. **Les tentatives de suicide de l'enfant** dans *Acta paedopsychiat* 43, 213-221 (1978)
- MISHARA, Brian L. **Conceptions de la mort et du suicide chez l'enfant : recherches empiriques et implications pour la prévention du suicide** dans *P.R.I.S.M.E.*, automne 1995, vol. 5
- ORBACH, L. & al., **Children's perception of death**, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 453-463, 1985
- PERCZEL, M.P. et al. **Suicide risk: Assessment and response guidelines**, New York: Pergamon Press, 1990
- PFEFFER, Cynthia R. **Diagnosis of Childhood and Adolescent Suicidal Behavior: Unmet Needs for Suicidal Prevention** dans *Biol. Psychiatry*, 2001; 49:1055-1061
- PFEFFER, Cynthia R. **Suicidal Behavior in Children: an Emphasis on Developmental Influences** dans *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000
- RAYMOND, S.(1993) **La prévention du suicide à l'école**, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, ministère de l'éducation du Québec.
- RENAUD,J (2008) **Intervention auprès d'enfants suicidaires**, dans *Le vis-à-vie*, avril 2006, volume 15 no.1, p13-15
- ROSENAL NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin, F.K. Davenport Y, Mueller PS, Newsome DA, Wehr, T.A.,: **Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy**. *Archives of General Psychiatry*, 41: 72-80, 1984
- SHEA. S.C. (1999) **The practical art of suicide assesment; A guide for mental health professionals and substance abuse conselors**. New York.
- SCHEIDMAN. S. (1975). **Suicide in A.M.** Freedman, Kaplin, B.J., Sadock (eds), *Comprehensive texbook of psychiatry* 2nd. Ed., vol 2
- STEFANOWSKI- HARDING, S. (1990). **Child suicide: A review of the literature and implications for school couonselor** 37, p. 328-339
- St-LAURENT, D. GAGNE, M.(2008) **Surveillance de la mortalité par suicide au Québec** : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006, institut national de la santé publique du Québec, p. 8.
- ST-LAURENT, 2002, **Le taux de décès par suicide chez les 0-14 ans** dans Cloutier,A. 2003 *Piste de réflexion pour l'intervention*
- SPEECE ET BRENT' (1984), **The development of children's understanding of death**. Dans C.A. Corr et D'M' Corr (eds). *Handbook of childhood death and bereavement*. New York
- TOOLAN, J.M. (1975). **Suicide and Suicidal Attemps in Children and Adolescent**. *American Journal of Psychiatry*,118, 719-123. Cité dans Chagnon et Bigras (1995)
- Wherry, J., Graves, L., & Rhodes, H. (2008). **Suicide and Life-Threatening Behavior**, 39(1), 47- 57. van der Kolk, BA, Perry, JC, & Herman JL (1991). **Childhood origins of self-destructive behavior**. *American Journal of Psychiatry*, 48, 1665-71.
- WHITE, J. JODOIN, N. (1998).**Before the fact intervention**: a manual of best practices in youth suicide prevention information and ressource center of British Columbia. U.B.C.
- WISE,A.J. & SPENGLER, P. M. (1997) **Suicide in children younger than age fourteen. Clinical judgment and assement issues**. *Journal of mental Health Counseling*,19. p.318-335.

Ressource Régionale Suicide du Csss de Laval

Coordonnées

Josée Lake T.S.

Ressource Régionale Suicide du
CSSS de Laval

450-627-2530 # 34852

Courriel: josee_lake@ssss.gouv.qc.ca

Questions ?

