

Être enfant et survivre au suicide d'un être cher

Évaluation du Programme de thérapie de groupe
pour enfants endeuillés par suicide de la
Ressource régionale suicide de Laval du CSSSL



Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec 

Direction de santé publique

Rédaction principale

Marc Daigle, Ph. D.

Réal Labelle, Ph. D.

Département de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

Édition et diffusion

Disponible au Centre de documentation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval

(450) 978-2000

Dépôt légal – 2^e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN - **2-923198-37-9**

Mai 2006

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2006

Cette évaluation a été rendue possible grâce à une subvention conjointe
du *Ministère de la santé et des services sociaux*
et de l'*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services
sociaux de Laval*

Disponible sur le site WEB du
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
www.crise.ca

Reproduction non commerciale autorisée
pour des fins éducationnelles, scientifiques ou cliniques

Remerciements

Les auteurs du rapport tiennent à remercier pour leur collaboration : les enfants participant au programme et leurs parents, les intervenants et gestionnaires de la *Ressource régionale suicide de Laval*, les membres du Comité aviseur et, de façon plus large, tous ceux qui ont alimenté leur réflexion.

RÉSUMÉ

Ce rapport présente une étude évaluative d'un programme d'intervention de groupe pour enfants endeuillés par suicide. Ce programme est unique au Québec de par sa conception centrée sur le travail du deuil et son public cible, des enfants de 6 à 12 ans endeuillés par suicide d'un être cher. Ce programme comprend un manuel thérapeutique et un syllabus de formation. De plus, les concepteurs ont conçu des outils novateurs pour l'évaluation et l'intervention, dont des questionnaires, un album souvenir, le jeu *Capitaine moi-même*, l'histoire de *Chiboukayo*, la lettre au défunt et le journal de bord.

L'étude consiste d'abord à cerner la théorisation du programme à partir d'une d'étude synthétique des écrits et de la documentation du programme, ceci en consultation avec les intervenants et experts du domaine. Ensuite, le processus d'intervention est évalué à l'aide de grilles d'observation (intensité et narratif) pour 6 des 12 rencontres. Les changements chez les enfants du groupe sont évalués par questionnaires (scores avant et après l'intervention de groupe). Les résultats démontrent que, parmi les 13 types d'intervention, cinq sont plus utilisées auprès des enfants: 1) les mettre en relation, 2) les entourer de chaleur humaine, 3) les amener à communiquer, 4) à conscientiser leurs pertes, et 5) à exprimer leurs émotions. Le discours des enfants montre que la thérapie offre sécurité et ouverture à soi et à autrui. En fin de thérapie, les scores des enfants se sont améliorés aux dimensions du *Beck Youth Inventories*, du *Baron Emotional Quotient Inventory*, de l'*Échelle d'espoir* de Snyder et aux *Questionnaire des réactions de deuil*, mais l'expression de leur colère a augmenté. Il n'y a pas de groupe de comparaison permettant d'attribuer ces effets à l'intervention.

Par ailleurs, et de façon unanime, les enfants et les parents expriment leur satisfaction par rapport au programme. Certains éléments sont discutables, comme la frustration de certains enfants qui, faute de temps, n'arrivaient pas à terminer ce qu'ils avaient débuté. Les principales limites de cette évaluation sont le faible nombre de participants, ainsi que l'absence de groupe témoin et de mesures de relance.

Malgré certaines lacunes méthodologiques, cette évaluation de programme a permis de mettre en évidence plusieurs éléments reliés tant au processus d'intervention qu'à ses effets sur les enfants. En parallèle, l'évaluation a permis de générer onze recommandations ancrées dans la pratique.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	3
TABLE DES MATIÈRES	5
INTRODUCTION.....	6
1. STRATÉGIE DE RECHERCHE ET TÂCHES ACCOMPLIES	8
A. MISE EN ORDRE ET MISE EN FORME DE LA PROBLÉMATIQUE	8
B. ÉVALUATION DU PROGRAMME ET ANALYSE DES DONNÉES	10
C. DIFFUSION ET DISSÉMINATION DES RÉSULTATS	11
2. ÉVALUATIONS ANTÉRIEURES	12
3. DESCRIPTION DU PROGRAMME ET DU MANUEL.....	15
4. MODÈLE D'ANALYSE ET INSTRUMENTS.....	20
A. THÉORIE DU PROBLÈME	21
B. FACTEURS DE RÉUSSITE	25
C. THÉORIE DU PROGRAMME	26
<i>Théorie du processus d'intervention.....</i>	<i>28</i>
<i>Théorie du changement.....</i>	<i>32</i>
D. VALIDATION DU MODÈLE	39
E. VARIABLES, INDICATEURS ET MESURES	39
5. DÉROULEMENT ET PARTICIPANTS	44
A. TESTING	44
B. OBSERVATIONS	45
6. ÉVALUATION DU PROCESSUS D'INTERVENTION.....	48
A. INTENSITÉ DE CHAQUE INTERVENTION	48
B. OBSERVATIONS DU PROCESSUS – NARRATIF	50
C. ÉVALUATION GLOBALE DES INTERVENTIONS.....	62
D. ÉVALUATION DES RÉACTIONS DES ENFANTS ET DES CHANGEMENTS EN COURS	63
7. ÉVALUATION DES EFFETS D'INTERVENTION	65
A. RÉSULTATS DE CHANGEMENT POUR L'ENSEMBLE DU GROUPE.....	65
B. RÉSULTATS DE CHANGEMENT POUR CHAQUE PARTICIPANT	67
C. SYNTHÈSE DES CHANGEMENTS OBSERVÉS	79
<i>Effets positifs.....</i>	<i>79</i>
<i>Effets négatifs.....</i>	<i>79</i>
D. COMMENTAIRES DES ENFANTS ET DES PARENTS	80
CONCLUSIONS	82
RECOMMANDATIONS	85
RÉFÉRENCES.....	86
APPENDICES	89
A. FACTEURS DE RÉUSSITE.....	90
B. THÉORIE DU PROCESSUS D'INTERVENTION	92
C. THÉORIE DU CHANGEMENT.....	94
D. CLIENTÈLE VISÉE	96
E. GRILLES D'ÉVALUATION.....	98
F. QUESTIONNAIRES.....	101
G. LETTRE AU COMITÉ A VISEUR	104

- *Mon cœur renforce... mon cœur bat vite... je n'aime pas cela.*
 - *Comment on fait pour arrêter de pleurer? - Moi, je crie dans mon oreiller.*
 - *Qu'est-ce qui te rend heureux? - Être en vie.*
 - *Qu'est-ce que tu ferais avec un tapis magique? Je volerais pour aller rejoindre mon père.*
 - *Je m'ennuie souvent de mon papa, c'est difficile d'être avec le nouveau chum de ma mère...*

Commentaires d'enfants participant au programme

Être enfant et survivre au suicide d'un être cher

Évaluation du programme de thérapie de groupe
 pour enfants endeuillés par suicide de la
Ressource régionale suicide de Laval

Rapport final

INTRODUCTION

En 2002, l'*Organisation mondiale de la santé* émettait des recommandations concernant les sources d'assistance à offrir pour ceux qui restent après un suicide. Dans leur document, une section spéciale était consacrée aux enfants endeuillés par suicide. Mais que savons-nous plus exactement sur le deuil normal et pathologique d'un enfant endeuillé par suicide et quelle aide à apporter à cette clientèle particulière ?

Au Québec, un programme novateur de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide a été mis sur pied à Laval. Cette aide dite « thérapeutique » a pour but d'aider les enfants et leurs parents à surmonter les difficultés qui inhibent le processus normal de deuil chez leurs enfants. Mais en quoi ce programme aide-t-il les enfants et leurs parents à vivre cette épreuve difficile ? Et quelle est son efficacité ? La présente évaluation vise à répondre à ces questions.

Au printemps 2003, les deux auteurs de ce rapport ont été mandatés par la *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (RRSSS de Laval)*¹ pour évaluer le programme de *Thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* offert par la *Ressource régionale suicide de Laval du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau*.

¹ Selon les appellations de l'époque.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée. En plus de l'introduction, des conclusions et des recommandations², ce document comprend sept parties principales où sont rapportés : 1) la stratégie de recherche et les tâches accomplies, 2) une brève revue des écrits sur des évaluations antérieures, 3) une description du programme et du matériel, 4) le modèle d'analyse développé et les instruments de mesure, 5) le déroulement et les participants, 6) l'évaluation du processus d'intervention, et 7) l'évaluation des effets d'interventions.

² Ces recommandations sont amenées une à une tout au long du rapport dans des encadrés bien identifiables au moment où elles trouvent leur justification particulière. Cette façon de faire permet, dans un éventuel travail d'équipe, de travailler à partir de la seule liste des recommandations et de ne retourner au corps du texte que s'il y a ambiguïté sur le sens d'une recommandation.

1. STRATÉGIE DE RECHERCHE ET TÂCHES ACCOMPLIES

La démarche est ici de type évaluative, c'est-à-dire qu'elle a comme objectif de porter un jugement de valeur sur un programme à l'aide de données recueillies dans le cadre d'une investigation systématique visant à établir des faits, des principes et des connaissances généralisables (Rossi, Freeman et Lipsey 1999).

L'évaluation comprend trois phases. La *première étape* a été celle de la mise en ordre et de mise en forme de la problématique : elle exigea une brève synthèse de la documentation, une modélisation du programme à évaluer et une prévision opérationnelle du projet (définition de la clientèle cible, des variables à l'étude et des méthodes de collecte de données). La *deuxième étape* a été celle de l'évaluation comme telle du programme et de l'analyse des données recueillies : elle supposa l'observation d'un groupe de thérapie, la mesure des variables à l'étude, l'analyse et l'interprétation des résultats, et la rédaction du rapport final. La *troisième et dernière étape* sera celle de la diffusion et de dissémination des résultats.

Pour bien cerner chacune des étapes et mieux estimer l'ampleur³, voici une description des éléments réalisés tout au long du parcours d'évaluation.

A. Mise en ordre et mise en forme de la problématique

- Brève recension des écrits scientifiques sur le deuil normal et pathologique des enfants. La recension a été réalisée en consultation notamment avec des collègues spécialisés. La documentation est consignée dans une banque de données de type PROCITE.
- Consultation et analyse de la documentation et du matériel pertinent au programme.

³ Il importe de noter un retard dans le calendrier des réalisations, un premier groupe de thérapie n'étant disponible pour observation qu'au début de 2005. En effet, la *Ressource régionale suicide de Laval* n'avait recruté que deux enfants en février 2004, date où les deux évaluateurs étaient prêts à débiter leurs observations.

- Observation préliminaire de la onzième rencontre de la Thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide alors en cours.
- Rencontres avec les intervenants pour explorer leur conception implicite de l'intervention et recueillir leurs questionnements.
- Création d'un Comité avisier.
- Modélisation du programme en trois étapes distinctes : a) les facteurs de réussite, b) la théorie du processus d'intervention, et c) la théorie du changement.
- Soumission du modèle aux intervenants et au Comité avisier afin de les confronter avec leur expérience et expertise. Les commentaires recueillis ont servi à reformuler (re-modéliser, re-valider) les documents de travail des évaluateurs. Les documents finaux ont été redistribués aux personnes intéressées.
- Adoption consensuelle du modèle définitif illustré sous forme de trois graphiques : voir les Appendices A, B et C.
- Identification de la clientèle la plus susceptible de profiter d'une intervention réalisée selon ce modèle et, inversement, de la clientèle la plus susceptible de vivre d'éventuels effets néfastes. Un tableau précisant la clientèle visée avec des critères généraux, d'inclusion et d'exclusion a été établi : voir Appendice D.
- Établissement du devis d'évaluation à partir des variables retenues dans les modèles théoriques. Ce devis prévoit des mesures d'observation du processus d'intervention mais aussi des changements susceptibles de survenir chez les participants lors du programme. Dans ce dernier cas, des mesures sont effectuées avant et après les 12 rencontres.
- Opérationnalisation des variables. Cette étape débouche sur la création de deux grilles (Appendice E) et le choix de six instruments de mesure (Appendice F).

- Assentiment des intervenantes du programme aux mesures retenues, adaptation de certains instruments et achat d'un logiciel d'interprétation pour un test spécifique (*Dominique interactif*).
- Établissement de la logistique d'observation dont la grille.
- Dépôt d'un rapport préliminaire.

B. Évaluation du programme et analyse des données

- Expérimentation préliminaire auprès de deux jeunes pour le test *Dominique interactif* et trois autres jeunes pour l'*Inventaire d'intelligence émotionnelle*, l'*Inventaire des troubles émotionnels et sociaux* et l'*Échelle d'espoir pour enfants*.
- Discussion avec les intervenantes du programme qui éprouvent des problèmes de recrutement, nécessitant de reporter les observations d'un an.
- Constitution d'un horaire pour les pré-tests en individuels et pour les observations systématiques.
- Testing des huit enfants avant et après leur participation à la thérapie de groupe (Hiver-printemps 2005).
- Examen et annotation des six rencontres de thérapie de groupes.
- Traitement et analyse des données qualitatives à partir des annotations des grilles.
- Traitement et analyses des données quantitatives aux scores obtenues aux questionnaires.

- Rédaction du rapport préliminaire.
- Soumission du rapport au comité aviseur et aux intervenants.
- Corrections définitives et dépôt du rapport final.

C. Diffusion et dissémination des résultats

Au moment du dépôt du rapport, deux diffusions des modèles théoriques avaient effectuées dans le but d'obtenir d'autres commentaires externes : *Congrès international Pratiques novatrices pour la prévention du suicide* (Montréal, mai 2004) et *37th Annual American Association of Suicidology Conference* (Miami, avril 2004). Par ailleurs, quelques faits saillants de ce rapport seront présentés dans le cadre d'un symposium intitulé « *Survivre au suicide d'un être cher* » lors du *4^e Congrès international de la francophonie en prévention du suicide* (Montréal, mai 2006).

2. ÉVALUATIONS ANTÉRIEURES

En 2002, l'*Organisation Mondiale de la Santé* émettait des recommandations concernant les sources d'assistance à offrir pour ceux qui restent après un suicide, notamment les enfants endeuillés par suicide. Le programme novateur qui est évalué ici a effectivement pour but d'aider les enfants et leurs parents à surmonter les facteurs qui inhibent un sain processus de deuil chez l'enfant. Une recension sommaire des écrits indique qu'il y a peu d'assises empiriques pour ce genre de programmes, notamment dans leur application auprès des enfants (Genevro, Marshall et Miller, 2003; Jordan et McMenemy, 2004; Murray, Lake et Séguin, 2001).

Farberow (1992, 1994) a évalué un programme pour endeuillés adultes : le *Los Angeles Survivors After Suicide Program*. Il s'agit d'une intervention de groupe de huit semaines animée conjointement par un professionnel de la santé mentale et un endeuillé formé pour l'intervention de groupe. La majorité des 60 participants ont indiqué que le programme les avait aidés. Lorsque les scores des 60 participants au programme sont comparés à ceux de 22 endeuillés qui n'étaient pas inscrits au programme, l'évaluation démontre que les émotions négatives diminuaient considérablement en intensité chez les participants au programme. Un suivi de deux ans indiquait finalement que la honte et la culpabilité s'estompaient mais que la dépression et la colère étaient persistantes.

Murphy et al (1996) ont évalué un programme de groupe destiné aussi à des adultes endeuillés d'enfants morts de façon violente (accident, homicide, ou suicide). Les auteurs rapportent que 70% des parents ont très bien coté (score de 6 ou 7 sur une échelle de 1 à 7) les aspects du programme qui étaient centrés soit sur la résolution de problèmes, soit sur la gestion des émotions. Murphy et al. (1998) ont évalué que, suite à l'application d'un tel programme, les mères voyaient certains de leurs symptômes diminuer, en comparaison avec un groupe témoin. Ce n'était cependant pas le cas des pères endeuillés. Jordan et McMenemy (2004) en appellent d'ailleurs à des interventions et des évaluations qui prennent plus en compte les différences de genre.

Rogers et al. (1982) rapportent aussi une évaluation préliminaire d'un programme ontarien s'adressant à des adultes endeuillés par suicide. Au moment de la relance subséquente à leur participation, tous les endeuillés estimaient que le programme les avait aidés. Leurs scores moyens à l'échelle de Derogatis (SCL-90) avaient également diminué. Les auteurs ne pouvaient cependant pas attribuer ces résultats positifs à l'effet du programme, l'évaluation ayant été réalisée sans groupe témoin.

En fait, une seule étude (Pfeffer et al., 2002) a été faite sur un programme s'adressant spécifiquement aux enfants endeuillés par suicide. Dans cette étude, 75 enfants participant au programme ont été comparés à 36 qui étaient en attente d'y participer. Des améliorations significativement plus grandes ont alors été observées chez les enfants participants, ceci sur le plan des symptômes d'anxiété et de dépression mais pas sur le plan de l'ajustement social et des symptômes de stress post-traumatique.

Clark (2001) ainsi que Jordan et McMenemy (2004) avancent que, malgré le manque de recherches, on peut conclure à une certaine évidence de l'efficacité des interventions réalisées auprès des endeuillés par suicide. Genevro, Marshall et Miller (2003), à partir notamment des travaux de Ayers, Kennedy, Sandler et Stokes (2003) et de Ayers et Sandler (2003), concluent quant à eux que les résultats de recherche sont équivoques en ce qui concerne spécifiquement les interventions auprès des enfants endeuillés.

Dans sa recension, Farberow (2000) conclut que l'on ne recommande pas habituellement un traitement de groupe pour les enfants endeuillés par suicide du fait de leurs faibles habiletés langagières. De telles habiletés seraient nécessaires pour exprimer des émotions, partager, écouter et comprendre. Il en résulte, selon lui, que l'intervention devrait plutôt être faite auprès des parents pour que ce soit eux qui, ensuite, aident convenablement leurs enfants. Il admet cependant que des interventions de groupe, comme celle du *Baton Rouge Crisis Intervention Center* (Louisiane, ÉU), documentées par Campbell et Goldstein (1990), semblent connaître du succès. Ce dernier programme a une durée de huit à douze semaines et il est réservé à des enfants de six à douze ans. Selon l'information disponible, il n'est pas certain que ce programme soit spécifique au deuil

par suicide. Par ailleurs, au moment de son appréciation, Farberow (2000) ne disposait pas des résultats favorables de Pfeffer et al., (2002), lesquels ont été rapportés plus haut.

Bref, comme le rappellent Rogers et al. (1982), le peu de preuves scientifiques de l'efficacité de ces programmes ne devrait pas nous faire ignorer l'évidence du sens commun et de l'expérience clinique, ni de nous empêcher d'intervenir. En effet, les intervenants et les parents sont à même de faire certains constats quotidiens auprès des enfants, lesquels constats indiquent des changements positifs chez les enfants participant à de tels programmes. Néanmoins, c'est dans un tel contexte d'incertitude que se situe l'exercice d'évaluation qui est rapporté ici.

3. DESCRIPTION DU PROGRAMME ET DU MANUEL

Le programme de *Thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* de la *Ressource régionale suicide de Laval* a reçu le prix *Qualité 2003* attribué par l'*Association des CLSC et des CHSLD du Québec*. Il s'agit là d'une reconnaissance officielle par le milieu qui correspond aussi à une certaine notoriété. L'expertise des intervenants et gestionnaires du programme est aussi reconnue depuis longtemps dans des regroupements l'*Association québécoise de prévention du suicide* et le *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie*. Enfin, les intervenants eux-mêmes, psychologues ou travailleurs sociaux de formation, sont reconnus par leurs ordres professionnels respectifs.

Le programme de groupe qui est évalué ici est un programme dit de *Thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide*. Il se prétend d'orientation thérapeutique, contrairement à des groupes de rencontre ou d'entraide qui, surtout chez des adultes, seraient alors des groupes de soutien. Dans un dépliant publicitaire, il est pourtant décrit comme un « groupe de support⁴ – enfants endeuillés- 12 rencontres fermées ». La même ambiguïté subsiste dans le manuel du programme (décrit plus loin)⁵. En effet, on emploie une vingtaine de fois dans le manuel l'expression « groupe de support », et ce, en comparaison à cinq fois pour « thérapie ». Règle générale, le programme est quand même publicisé comme un « programme de thérapie de groupe pour jeunes endeuillés par suicide », notamment lors du lancement officiel de sa dernière version le 26 mai 2003 (*Courrier de Laval*, 1^{er} juin 2003, p. 3). À la toute fin du manuel se trouve d'ailleurs, dans un appendice portant sur des « recommandations » écrites en octobre 2002, la réaffirmation qu'il s'agit ici « d'interventions thérapeutiques ». Quoi qu'il en soit, l'ambiguïté mérite d'être levée, d'où la recommandation suivante :

⁴ Le bon usage de la langue voudrait qu'il soit préférable de remplacer le mot « support » par « soutien ». Dans le présent rapport, on conserve néanmoins l'usage du terme « support » pour rester fidèle aux auteurs du programme.

⁵ Cette confusion existe aussi dans les écrits pertinents. Par exemple, Séguin (1999, p. 215) distingue trois types de groupes : entraide, parrainage et soutien. Selon elle, les groupes de soutien penchent davantage du côté de la résolution de problèmes et de la relation d'aide tout en reconnaissant le caractère bénéfique de l'entraide. Plus loin (p. 217), Séguin dit cependant que « plusieurs groupes de soutien offrent donc des thérapies de deuil ».

Recommandation 1

Que le programme soit identifié clairement comme un programme thérapeutique

Le manuel du programme, tel qu'il a été soumis aux deux évaluateurs, a fait l'objet d'un examen minutieux au niveau de la forme et du contenu. Notons au passage qu'un manuel n'est pas qu'un guide pour les intervenants actuels et futurs mais qu'il est censé refléter l'esprit qui anime un programme. Au niveau de la forme, les auteurs soulignent son apparence soignée et sa structuration judicieuse. Déjà cet aspect laisse croire, et les observations le confirmeront plus tard, que ce programme est relativement bien structuré, une qualité que n'ont pas toutes les interventions réalisées auprès des endeuillés (Jordan et McMenamy, 2004). Les évaluateurs notent également que le manuel est daté d'octobre 2002, signé par Josée Lake (travailleuse sociale) et Stéphanie Murray (psychologue) et que les droits d'auteur sont judicieusement préservés par l'enregistrement d'un Copyright. Cependant, les évaluateurs relèvent trois séries de pagination dans le manuel, avec chacune une table des matières correspondante, ce qui complique le repérage, d'où la recommandation suivante :

Recommandation 2

Que le manuel du programme ait une seule pagination et table des matières

Pour ce qui est du contenu du manuel, la première partie porte sur l'impact du deuil par suicide chez les enfants. Cette première partie fournit des informations de base sur « l'impact du deuil par suicide chez les enfants, les phases du deuil, les stades de développement de l'enfant et le deuil par suicide, ainsi que les réactions des enfants endeuillés par suicide ». Beaucoup d'importance est donnée aux phases du deuil et aux étapes de développement des enfants. On note cependant que la distinction entre deuil normal et deuil pathologique n'est pas vraiment explicitée dans ces pages, d'où la recommandation suivante :

Recommandation 3

Que le contenu du manuel comprenne une partie sur les réactions normales et pathologiques chez l'enfant et le parent

La suite du document correspond plus à un véritable guide d'intervention. En effet, il décrit le quoi et le comment du programme : « objectifs et structure du groupe/critères d'admissibilité ». Sur ces deux points, des recommandations sont aussi suggérées. Quant à la formulation des objectifs, elle est relativement claire, quoique certaines imprécisions subsistent, notamment lorsque le manuel est confronté au dépliant publicitaire. De plus, il serait important de reformuler ces objectifs de façon plus claire, en s'inspirant des modèles théoriques développés pour cette évaluation (et qui sont exposés dans le chapitre suivant).

Recommandation 4

Que les objectifs du programme soient reformulés et harmonisés dans les différents documents

En ce qui a trait la structure du groupe et aux critères d'admissibilité, il s'agit là d'un aspect que les évaluateurs ont cherché à mieux clarifier (voir Appendice D), ce qui pourrait aussi inspirer une reformulation dans le manuel.

Recommandation 5

Que les critères d'admissibilité au programme soient mieux précisés dans le manuel

En outre, les évaluateurs ont remarqué la variabilité des âges (de 6 à 12 ans) des participants au programme. À première vue, une telle situation peut sembler problématique. Plus loin, on verra que les observations faites par les évaluateurs montrent que deux enfants plus jeunes participaient effectivement moins aux activités et qu'ils

étaient parfois même dissipés. Cela semblerait confirmer les propos de Farberow (2000), à savoir qu'il faut un minimum d'habiletés langagières pour bien participer à ce type de groupe. À prime abord, ces observations militeraient donc en faveur de la création de groupes séparés pour les plus jeunes, sinon à leur exclusion des groupes actuels. Pourtant, la suite des choses a démontré que le mélange des groupes d'âge pouvait être bénéfique, favorisant des déblocages et des repositionnements dans le groupe (voir section 6B). Là-dessus, la question n'est donc pas tranchée dans ce rapport-ci, les intervenants étant par ailleurs à l'affût d'éventuels problèmes à ce niveau.

Le reste du manuel comporte des sections sur le déroulement des rencontres, les outils (dont les questions du jeu *Capitaine moi-même* et l'histoire de *Chiboukayo*), l'album souvenirs, et les questionnaires d'évaluation.

Par delà les commentaires précédents, il faut voir que c'est dans la partie « Déroulement des rencontres » que sont décrits pour chacune des rencontres : les objectifs, le matériel spécifique et la démarche à suivre. En pratique, c'est à cet endroit que figure la logique d'intervention permettant d'atteindre les objectifs prescrits pour la soirée. Parmi ces activités, on retrouve : 1) le contrat de non-suicide, 2) le jeu questionnaire *Capitaine moi-même* (un jeu sur table où le tir d'un dé détermine l'avancement d'une case à l'autre, ces cases déterminant l'accès à une carte-question), 3) le *Carnaval des animaux* (enregistrement de musique et d'une histoire), 4) *l'Île Bon débarras* (une valise où des dessins représentant des émotions très lourdes sont abandonnés), 5) l'histoire de *Chiboukayo* (une aventure tragique racontée aux enfants pour qu'ils s'identifient à des personnages), 6) des journaux de bord individuels, 7) une boîte à questions et 8) des albums souvenirs individuels. Quant au jeu du *Capitaine moi-même*, qui donne parfois son nom à tout le programme, il fournit aux enfants des occasions multiples d'expression du vécu et des émotions, en parallèle avec des moments plus légers où, fort judicieusement, les enfants sont même appelés à faire des jeux plus physiques (sautiller, courir...). La présentation graphique de ce jeu est d'une grande qualité et son aspect relativement spectaculaire a été remarqué tant par les enfants endeuillés (qui s'y précipitent) que par les participants des colloques et congrès où il a été présenté.

Notons enfin que les représentants du programme offrent des formations à d'autres intervenants qui voudraient mettre ne œuvre cette approche. Par exemple, une formation offerte en octobre 2002 durait 3 jours. Le coût de cette formation était de 180\$ par personne, auquel il fallait rajouter l'achat de la documentation connexe (325\$) : « formulaires pour une bonne évaluation, d'autres outils papier, le jeu du *Capitaine moi-même*, deux histoires reliées à un aspect du deuil, une valise et un CD ». Les exigences requises pour l'admission à la formation étaient : « expérience en intervention auprès des personnes suicidaires (...), connaissances sur le développement de l'enfant (...), expérience en intervention auprès des enfants (...), expérience en intervention de deuil suite à un suicide (autres clientèles) ».

4. MODÈLE D'ANALYSE ET INSTRUMENTS

L'objectif était ici d'évaluer le processus d'intervention et les effets du programme de thérapie pour enfants endeuillés par suicide. La plupart des interventions de groupe de ce type sont certes sensibles à la vulnérabilité et aux besoins des endeuillés par suicide. Cependant, ces programmes n'ont pas nécessairement précisé leurs fondements théoriques réels. Dans ce contexte, ils pourraient faire des interventions inutiles ou bien, à l'inverse, négliger certains besoins des participants. La méthode utilisée ici en est une d'évaluation fondée sur la théorie, laquelle méthode permet de décrire les fondements théoriques d'un programme et son fonctionnement afin de mieux saisir ce qui est en jeu.

Les évaluateurs ont donc utilisé une approche dite théorique qui s'intéresse en premier lieu à la modélisation d'une logique interne et à l'établissement d'un cadre causal. Il s'agit d'un cadre théorique pour décrire les effets et les conséquences d'un programme dans leurs relations avec le développement et l'implantation de celui-ci (Mayeske et Lambur, 2001). Dans les écrits scientifiques, cette approche connaît diverses variantes, soit «theory-based, theory-driven, causal-path, causal-model, logic-model, program-model, outcome-line, causal-map, action-theory». Elle s'inspire essentiellement des principes énoncés par divers auteurs qui sont du domaine de l'évaluation de programme plutôt que de la recherche (Chen, 1989; Cordray, 1989; Petrosino, 2000; Rossi, Freeman, et Lipsey, 1999; Weiss, 1997).

Deux types de fondements théoriques sont retenus ici, soit ceux qui se rapportent à la compréhension du problème lui-même et ceux qui se rapportent à la logique du programme. Les premiers décrivent les facteurs (plus ou moins causaux) associés au problème et les deuxièmes décrivent les facteurs retenus et ciblés par le programme. Pour ce qui est du programme lui-même, la théorie du processus puis celle associée aux changements attendus dans la clientèle seront spécifiés plus loin. Au passage, l'exercice permet aussi d'explicitier certains facteurs de réussite propres à de tels programmes.

A. Théorie du problème

En termes de prévention, les interventions réalisées auprès des endeuillés seraient de trois types (Genevro, Marshall et Miller, 2003). Certaines pourraient s'adresser à l'ensemble des endeuillés et elles sont alors de nature primaire (et peut-être pas nécessaires), d'autant plus que l'on estime que le processus de deuil se déroulera sans complication dans la majorité des deuils. Lorsqu'il s'agit plus spécifiquement d'endeuillés de morts violentes, comme l'homicide et le suicide, des complications sont prévisibles et l'intervention est alors qualifiée de secondaire. Une troisième possibilité est l'intervention tertiaire, essentiellement sous forme de psychothérapie individuelle, pour les endeuillés qui ont des problèmes particuliers (deuils compliqués ou traumatiques).

C'est la deuxième des trois alternatives qui nous préoccupe ici, d'autant plus qu'il s'agit d'enfants, lesquels, aux stades de développement où ils se situent, auraient moins de ressources pour surmonter cette épreuve. On présume donc que, sans intervention, le « problème » persistera. Reformulé autrement, le problème pourrait se définir ainsi :

Des enfants sont endeuillés par mort violente et, déjà profondément blessés par cette mort, leur situation risque de se détériorer s'il n'y a pas d'intervention extérieure. Eux-mêmes n'auraient pas les ressources internes ou externes pour faire face à la situation.

Quant à l'aide qui peut être offerte par la famille immédiate de l'enfant, relevons que seul un des parents est encore disponible et que celui-ci est lui-même perturbé sinon traumatisé par le deuil⁶. C'est possiblement là le point de départ de la réflexion qu'intervenants et gestionnaires de la *Ressource régionale suicide de Laval* ont faite. Or, les postulats inclus dans une telle proposition ne sont pas tous prouvés.

Ainsi, Clark (2001) note que, même si le risque de morbidité est plus élevé chez ceux qui sont endeuillés par suicide (par rapport aux non endeuillés), peu de différences ont été

⁶ Ce traumatisme est d'autant plus grand si l'adulte a découvert le corps ou si le suicide est relié à une difficulté de couple.

observées pour ce qui est des séquelles du deuil suite à différents types de mort. L'auteure admet quand même qu'il y aurait plus de facteurs de risque de complication dans le deuil par suicide. Clark (2001) ne cite cependant pas les travaux de Cerel et al. (1999). Ceux-ci ont comparé 26 enfants (âgés entre 5 et 17 ans) endeuillés du suicide de leurs parents à 332 autres enfants endeuillés d'un autre type de décès chez leurs parents. Ils ont réalisé des entretiens à différents intervalles après le décès des parents (1, 6, 13, et 25 mois). Les indices de suicidalité, de dépression et de fonctionnement psychosocial différaient peu entre les deux groupes. Cependant, les enfants endeuillés par suicide vivaient plus de colère, d'anxiété et de honte. Dans les évaluations subséquentes, on constatait qu'ils avaient eu plus de problèmes comportementaux et plus de symptômes reliés au comportement ou à l'anxiété. Les auteurs concluaient donc que le premier groupe était, à plus long terme, à risque élevé.

Selon Hanus et Sourkes (1997), la plupart des enfants ayant subi la mort d'un parent par suicide auront besoin un jour ou l'autre d'une aide extérieure spécialisée. En fait, l'enfant aura besoin d'aide car il n'aurait pas atteint un stade de développement suffisant pour lui permettre de traverser seul l'épreuve du deuil par suicide. Certains enfants, déjà vulnérables avant le deuil, n'ont pas non plus la robustesse ou la résilience nécessaire pour faire face au deuil. Jordan et McMenemy (2004) notent aussi que le deuil suite à un suicide est une expérience difficile et ils rappellent que la recherche démontre un risque accru, chez les survivants, de troubles psychiatriques et de complications somatiques. En termes de problèmes éventuels chez les enfants, on évoque plus particulièrement les problèmes développementaux subséquents et les problèmes d'estime de soi (voir notamment Henley, 1984). Quant aux risques plus élevés de suicide chez les endeuillés, Séguin (1997) indique qu'il s'agirait là d'une erreur d'interprétation qui a été corrigée notamment dans le rapport du *Groupe d'étude national sur le suicide au Canada* (Santé et bien-être Canada, 1994). Il n'en reste pas moins que, à long terme, le fait d'avoir un proche qui s'est suicidé représente un risque en soi.

De plus, contrairement aux adultes qui investissent dans des personnes, des rôles et des activités très diversifiés, l'enfant investit presque toutes ses énergies émotionnelles dans

ses parents, d'où une perte plus grande lors du décès de l'un d'eux (Siegel, Mesagno et Christ, 1990). Cela n'empêche pas que, sur le plan de l'apprentissage, l'enfant n'apprend pas que dans sa famille; il a ainsi besoin des autres enfants pour apprendre, ce qu'un groupe de pairs peut lui offrir. Par ailleurs, ce groupe peut être éminemment structuré et encadré pour couvrir plusieurs aspects du problème, ce qu'il ne retrouve pas nécessairement dans le milieu naturel. Le milieu, comme nous l'avons mentionné plus haut, ne pourrait pas fournir spontanément et efficacement l'aide nécessaire aux enfants. Souvent, ce milieu aurait même plutôt tendance à éviter de parler du problème, isolant d'autant plus l'enfant avec celui-ci.

L'intervention directe auprès des enfants est cependant remise en question par certains. Siegel, Mesagno et Christ (1990) privilégient ainsi une approche psycho-éducative («parent guidance model») où l'enfant n'est que la cible indirecte d'interventions réalisées d'abord auprès des parents. Ils font ce choix, compte tenu d'abord du nombre limité de conditions qui peuvent être changées chez l'enfant dans le cadre d'une thérapie. Mais ils se fondent surtout sur leur expérience clinique et sur les écrits scientifiques qui identifient que la condition la plus importante pour progresser est la qualité de la relation entre l'enfant et le parent survivant, de même que la stabilité de l'environnement de l'enfant. C'est un peu la même approche qui a été adoptée dans un programme développé par Geneviève Riopel à *Suicide-Action Montréal*, où ce sont les parents qui sont rencontrés en groupe, les enfants n'étant donc alors que les cibles indirectes de l'intervention. Cette approche suppose par ailleurs que les parents sont suffisamment aptes à profiter eux-mêmes d'une intervention et à en faire profiter ensuite leurs enfants, ce qui serait aussi à démontrer.

Au Québec comme ailleurs, il n'y a pas une position stratégique commune établie sur le sujet, malgré l'existence, dans le vaste champ de la prévention, d'une *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. En fait, la question est : que faudrait-il faire lorsqu'une famille est endeuillée par suicide ? Actuellement, il semble exister surtout des groupes pour les adultes endeuillés et quelques rares groupes pour les enfants endeuillés, sans que l'aspect systémique de la chose ait bien été analysé. Notons aussi que, par delà

l'efficacité réelle ou non d'une approche de groupe avec les enfants endeuillés, il n'est pas exclus non plus qu'il puisse y avoir certains effets néfastes à ces programmes.

Finalement, par delà la reconnaissance (1) d'un véritable problème, et (2) du besoin d'intervenir, (3) la pertinence du programme doit aussi prendre en compte certaines données épidémiologiques concernant la région de Laval où est offert le programme. La question est alors plus d'ordre organisationnel et stratégique : Y-a-t-il suffisamment d'enfants endeuillés par suicide à Laval pour maintenir le déroulement régulier d'une thérapie de groupe ?

Pour les années 1999 à 2002, une moyenne de 47 suicides par année sont recensés dans cette région (Ross et Prévost, 2005). Pour y estimer le nombre d'enfants endeuillés annuellement par suicide, nous nous sommes basés sur les données préliminaires disponibles dans la recherche de Michel Tousignant (CRISE, communication personnelle). Ce chercheur a estimé, à partir de 70 enquêtes du coroner portant sur des suicides d'hommes québécois, que 34,3% d'entre eux avaient au moins un enfant. Ce pourcentage peut donc nous servir à estimer ici qu'environ 16 enfants par année ($34,3\% \times 47$) pourraient avoir besoin d'aide dans la région de Laval. Cette estimation est basée uniquement sur le nombre d'hommes suicidés. La recherche de Michel Tousignant ne permet pas non plus d'estimer l'âge des enfants concernés, ni leur langue d'usage. L'évaluation de l'ampleur réelle de la population cible est donc bien imprécise ici mais elle nous permet néanmoins d'estimer un ordre de grandeur pour des besoins d'intervention.

Cela n'empêche pas que le recrutement puisse être parfois laborieux pour ce programme de la région de Laval, comme l'ont démontré les retards à mettre en branle un nouveau groupe permettant d'entreprendre la présente évaluation. Des discussions avec intervenants et gestionnaires reliés au programme ont finalement mis en lumière que ces difficultés de recrutement n'ont été qu'exceptionnelles depuis la création du programme. Les intervenants sont bien au fait des multiples moyens permettant d'y remédier, notamment : affichage et distribution de dépliants, mais aussi méthodes plus proactives

de contacts avec les employés des salons funéraires, les policiers, les membres du clergé et du personnel scolaire. Plus intéressant encore, les discussions ont fait ressortir que les difficultés vécues sont associées à la définition des tâches des responsables du programme. En effet, ces tâches sont essentiellement cliniques et elles ne mettent pas assez en valeur la phase préliminaire de recrutement, ce à quoi les responsables sont désormais bien sensibilisés.

En conclusion, rappelons que tous les postulats de la définition du problème ne sont pas nécessairement prouvés scientifiquement. Mais cela n'empêche pas que, dans un contexte social particulier, certaines décisions de santé publique doivent être prises dans un souci de prévention, d'entraide et de solidarité humaine. C'est donc ainsi que, pour comprendre les actions qui sont prises, nous pourrions retenir, du moins provisoirement, la théorisation du problème qui a été énoncée plus haut :

Des enfants sont endeuillés par mort violente et, déjà profondément blessés par cette mort, leur situation risque de se détériorer s'il n'y a pas d'intervention extérieure. Eux-mêmes n'auraient pas les ressources internes ou externes pour faire face à la situation.

B. Facteurs de réussite

Au tout début du processus d'évaluation, les évaluateurs ont aussi identifié, en collaboration avec le milieu, divers facteurs de réussite pour ce programme (voir Appendice A), lesquels ont ensuite alimenté les réflexions portant sur les divers éléments de modélisation (ou de théorisation). Les différents éléments présentés à l'Appendice A s'intéressent d'abord à trois agents de changement pour qu'un tel programme arrive à ses fins. Pour les enfants, seule la motivation est identifiée comme condition de réussite, ce qui n'empêche pas qu'ils doivent aussi répondre à certains critères d'admission. Chez les intervenants, la motivation est également nécessaire mais il faut aussi compter sur de solides compétences et connaissances. Chez les parents (incluant parent survivant, frères et soeurs), le modèle prévoit d'autres éléments comme leur fidélité à se présenter aux

rencontres, leur flexibilité, leur présence sécurisante, leur chaleur et leur disponibilité. Certes, tout cela n'est pas nécessairement présent dans un contexte où eux-mêmes sont déjà très vulnérables mais où ils ne doivent pas trop le démontrer à un enfant qui a peur justement de vivre une autre perte. Finalement, le modèle suppose que tous les agents de changement créeront une alliance qui se reflétera entre autres dans une cohérence des activités d'intervention.

Quant au cadre permettant toutes ces activités, c'est le programme lui-même, tel qu'il se déroule pendant 12 rencontres. Par le simple fait de son existence, avant même que l'intervention soit faite, il offre un lieu de rencontre (voir l'objectif 3 du programme). Le programme «sert alors de micro-système sociétal» pour permettre aux enfants de briser leur isolement. Par ailleurs, il faut voir que plusieurs des éléments identifiés ici se retrouvent inclus dans la théorisation du programme qui est présentée plus bas.

C. Théorie du programme

Pour ce qui est de la théorie du programme, laquelle découle de la théorie du problème précédemment exposée et de l'identification des facteurs de réussite, elle doit donc se concentrer sur les éléments du problème où il est bénéfique d'agir et où il est présumé qu'une conséquence heureuse s'ensuivra. Cette causalité présumée est au cœur de la question et elle justifie ou non la mise en œuvre d'un programme. Dans le présent cas, il est présumé que telle ou telle intervention auprès des jeunes endeuillés, à tel ou tel niveau, entraînera un changement positif dans leur condition difficile. La théorie du programme est donc la formulation des moyens qui sont mis en œuvre pour atteindre certaines fins (Rossi, Freeman, et Lipsey, 1999).

Face aux constats précédents, notamment en regard de la nécessité d'intervenir directement ou indirectement auprès des enfants endeuillés par suicide, diverses perspectives peuvent être envisagées en terme d'action. En France, on relève ainsi la création de la *Fédération européenne « Vivre son deuil »*, animée notamment par le psychiatre et psychanalyste Michel Hanus qui s'est fait connaître au Québec récemment.

Quoique non axé spécifiquement sur le deuil par suicide, ce regroupement offre toutefois des « groupes de soutien (ateliers) pour les enfants et adolescents » (www.vivresondeuil.asso.fr).

Aux États-Unis, on relève notamment l'existence de *Grief support groups* comme les Dougy Centers (www.dougy.org) ou les Judi's House (www.judishouse.org) qui ne sont pas non plus spécifiques au deuil par suicide mais qui organisent quand même des interventions de groupe spécifiques aux enfants. Dans le cas des *Judi's groups*, on spécifie bien qu'il s'agit de « thérapie » en ajoutant que les « support groups » sont « facilitated by trained volunteers and licensed mental health professionals ». Campbell et Goldstein (1990), déjà cités plus haut, rapportent aussi l'existence d'un groupe en Louisiane. Dans le cas du programme évalué par Pfeffer et al. (2002) dans l'état de New York, les auteurs prennent la peine de préciser formellement quels en sont les fondements théoriques, ce qui est relativement rare. Ils mentionnent ainsi s'être inspirés de trois modèles théoriques : la théorie de l'attachement (Bowlby, 1980), celle des réponses aux pertes (« responses to loss »; Ness et Pfeffer, 1990; Parks, 1996; Stroebe et al., 1993) et celle du coping cognitif (Lazarus et Folkman, 1984). Pour ce qui est des interventions elles-mêmes, ce que nous appellerons plus loin la *théorie du processus*, ils précisent qu'elles comportent deux composantes : psycho-éducative et supportante (« supportive »).

Pour le présent programme de Laval, les théories ont aussi été élaborées à partir des écrits cliniques et scientifiques pertinents, de la documentation déjà disponible pour le programme (incluant le manuel), des rencontres avec intervenants et gestionnaires, des consultations auprès de collègues et d'une validation formelle auprès du comité avisé. À l'intérieur de cette théorisation (ou modélisation) portant sur le programme, deux types de théories sont retenues : la théorie du processus d'intervention et la théorie du changement.

Théorie du processus d'intervention

Pour ce qui est de la théorie du processus d'intervention que nous avons proposée, elle comporte quatre composantes (voir Appendice B, rectangles de gauche) :

- une composante relevant du cadre d'intervention (la formule permettant au groupe de se rencontrer avec un certain rituel).
- une composante relationnelle, correspondant au soutien et à l'accompagnement qui doivent être donnés aux enfants, tout comme dans un groupe d'entraide ou de support.
- une composante psycho-éducative (comme chez Pfeffer et al., 2002 et comme chez Siegel, Mesagno et Christ, 1990) qui est interprétée toutefois ici, de façon volontairement réductrice, en termes de transmission de connaissances. Cette formulation ne signifie pas que les psycho-éducateurs, de façon générale, ne fassent pas d'autres types d'intervention. On oppose ici le caractère éducateur de ces pratiques au caractère plus thérapeutique de la composante suivante.
- une composante psychothérapeutique axée cette fois sur des changements comportementaux, émotionnels ou cognitifs.

Cette théorie du processus est essentiellement une modélisation du travail qui, logiquement, devrait être fait si nous voulons voir des changements s'opérer chez les enfants. Tel que le modèle est présenté ici, ses quatre composantes fondamentales sont identifiées ensuite à treize types d'interventions spécifiques (numérotées, dans le graphique, de A1 à F4), les lignes pointillées indiquant comment elles sont reliées. À droite de chacun des treize blocs apparaissent des numéros qui permettent de les rattacher aux variables de la théorie du changement (voir section suivante). Les treize types d'intervention de la théorie du processus sont :

A1. Mettre en relation un groupe d'enfants / établir qu'ils ont un problème commun et qu'il va y avoir des solutions. Cet élément correspond au format du programme, lequel format a, par lui-même, une influence sur les changements que nous voulons obtenir chez les enfants. Le groupe, en soi, est déjà un contenant structurant pour accueillir les

contenus difficiles qui sont reliés au deuil. En effet, le simple fait de mettre en contact les enfants endeuillés leur permet de voir qu'ils ne sont pas les seuls à vivre des problèmes. En même temps, cela les amène à comprendre qu'il existe des solutions. Cet élément est bien identifié déjà dans le manuel du programme (objectif 1), comme dans le discours des intervenants rencontrés.

B1. Entourer l'enfant par le respect, l'authenticité, la présence, l'écoute, l'empathie. Il s'agit là d'éléments de base en relation d'aide, lesquels correspondent plus particulièrement à six attitudes et habiletés: la présence, l'écoute, le respect, l'authenticité, l'empathie de base et la spécificité. De tels éléments dits « facilitants » ont été plus particulièrement identifiés à l'origine dans les écrits d'orientation humaniste (Truax et Carkhuff, 1967; Rogers et Kinget, 1969) mais leur importance a depuis été reconnue dans les différentes approches contemporaines. De façon large, nous pourrions dire également qu'ils sont le reflet d'une partie de ce qu'on nomme l'alliance thérapeutique. En effet, certains auteurs (Gaston 1990; Martin, Garske et Davis, 2000; Summers et Barber, 2003) considèrent l'alliance thérapeutique comme : 1) un **lien affectif** basé sur la confiance, l'implication, l'acceptation et la grande **empathie** du thérapeute envers son client; 2) un mode de **collaboration** où le thérapeute et le client s'entendent sur leurs **tâches** respectives, et les considèrent comme importantes et pertinentes et 3) une façon d'établir des objectifs thérapeutiques clairs, bien compris et **endossés** par les deux parties.

Par ailleurs, l'accompagnement et le soutien se font ici par les intervenants, qui doivent être capables d'aller jusqu'au bout de l'écoute de la souffrance, mais aussi par les enfants et même par les parents qui rejoignent le groupe en fin de soirée. Notons au passage que cet élément B1 est, pour des raisons pratiques, identifié ici à la rubrique « relation ». Compte tenu de son caractère global et transversal, il aurait pu aussi être catégorisé ailleurs dans le modèle, sous les composantes psycho-éducatives ou psychothérapeutiques.

C1. Expliquer et interpréter le phénomène suicidaire (dont celui du proche qui est décédé) et le processus de deuil. Le premier des trois éléments de transmission des connaissances

s'intéresse plus particulièrement au deuil et au suicide, des concepts que les enfants (mais aussi les adultes) ne maîtrisent habituellement pas. Or, de telles connaissances sont nécessaires pour être capable de réaliser plus tard des interventions plus profondes comme celles d'ordre psychothérapeutique. Il s'agit donc d'expliquer, d'interpréter, de recadrer les informations fausses et de donner un sens à des phénomènes difficiles à appréhender. Dans le manuel d'intervention du programme, cela correspond à l'objectif 3 et cela correspond à des énoncés comme : «Clarifier avec l'enfant que la personne suicidée a pris un mauvais moyen...». En outre, des informations sont offertes ici aux enfants pour les décharger de toute responsabilité face aux suicides de leurs proches.

C2. Expliquer et interpréter les caractéristiques de la mort, dont l'irréversibilité et l'universalité (démystifier le deuil). Compte tenu du stade développemental où l'enfant se trouve, il s'agit ici de le confronter à des réalités qu'il ne saisit pas encore. Cela correspond dans le manuel à l'objectif 5. Pour ce faire, les intervenants utilisent notamment l'histoire de *Chiboukayo*.

C3. Expliquer et interpréter les comportements, émotions et cognitions associés au deuil. Ce troisième élément éducatif permet finalement d'élargir le champ des connaissances nécessaires à des concepts plus larges mais nécessaires dans les approches psychothérapeutiques, notamment les distinctions entre comportements, émotions et cognitions.

D1. Faire communiquer enfants avec enfants et enfants avec parents. Cet élément, le premier qui est plus d'ordre psychothérapeutique, correspond à l'objectif 4 du manuel. Il prend en compte la difficulté qu'ont les enfants à parler de ce qui s'est passé dans leur vie, surtout lorsque la loi du silence est instaurée dans leur famille traumatisée.

D2. Faire pratiquer / observer (chez des pairs ou des personnages de jeux) / imiter habiletés de parole, d'écriture, de dessin. Cet élément est d'ordre très pratique et il réfère à plusieurs des activités structurées dans le cadre du programme.

D3. Faire signer un contrat de non-suicide (et de demande éventuelle d'aide à un adulte).

Cet élément très formel est habituellement réalisé individuellement avant le début des rencontres des groupes ou bien il est répété entre les rencontres. Il n'est donc pas prévu qu'il soit observé pendant les rencontres de groupe. Néanmoins, cet élément est conservé dans la modélisation présentée ici, compte tenu de son caractère important et stratégique.

E1. Faire vivre et exprimer des émotions /observer / imiter pairs ou personnages. Cet

élément correspond aux objectifs 2 et 3 du manuel. Dans ce cas-ci, il y a éventuellement imitation par certains enfants qui ne se sont pas déjà exprimés. L'expression des émotions devant le groupe permet aussi une normalisation ou une dédramatisation, suite à l'observation des pairs ou des personnages de jeu.

F1. Faire conscientiser l'enfant à la perte (faire des associations / favoriser la

symbolisation et la métaphorisation). Ici, le symbolisme est conçu comme un «mode de représentation indirecte et figurée d'une idée, d'un conflit, d'un désir inconscients» (Laplanche et Pontalis, 1984, p.476). Quant à la métaphore, c'est un «procédé par lequel on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une analogie, d'une comparaison sous-entendue» (Larousse, 2000, p. 648).

F2. Faire intérioriser la présence du défunt dans la nouvelle réalité de l'enfant. Il s'agit

ici d'amener l'enfant à s'approprier les qualités et une partie des défauts du défunt. Il ne faut donc pas qu'il s'identifie trop au défunt, ceci dans le but qu'il ne retienne pas, dans son propre cas, l'option du suicide. Dans le jeu du *Capitaine moi-même*, 28 questions visent plus particulièrement le lien avec la personne décédée.

F3. Faire identifier / nommer les liens entre événements-pensées-émotions et corriger les

distorsions cognitives. Il s'agit ici d'aider l'enfant à identifier et nommer les peurs (dont celles reliées aux pertes) et les culpabilités. De tels aspects sont plus particulièrement mentionnés dans le manuel à la section bleue («trouvez au moins un événement qui vous a rendus heureux (...) et faites le lien entre les émotions et les événements»). Divers exercices ciblent de telles activités dont celles du jeu du *Capitaine moi-même* qui permet

d'identifier des forces et faiblesses chez l'enfant ou des belles choses dans sa vie. Dans le même jeu, 24 questions visent aussi à renforcer spécifiquement l'estime de soi.

F4. Faire pratiquer la résolution de problèmes / observer / imiter pairs ou personnages de jeu. On reconnaît habituellement cinq étapes dans la résolution de problèmes: (1) Aborder le problème; (2) Définir le problème; (3) Générer des pistes de solution (éventail de ressources, coffre à outils) et trouver des alternatives au suicide; (4) Appliquer les solution dans un exercice (ou hors des rencontres); (5) Évaluer si elles sont efficaces. À noter que, dans le jeu du *Capitaine moi-même*, 28 questions visent plus particulièrement le « coffre à outils », lequel peut justement nous permettre de résoudre des problèmes.

En conclusion, et ceci pour rejoindre les questionnements précédents quant au caractère thérapeutique de ce programme, la théorie du processus présentée ici reconnaît à la fois des aspects *psychothérapeutiques* importants (sans qu'il ne s'agisse nécessairement d'un « traitement psychologique ou psychiatrique des symptômes d'un trouble»), *psycho-éducatifs* et d'*entraide* (groupe de support).

Théorie du changement

Quant à cette théorie du changement (Appendice C), elle vise à expliciter les effets du processus d'intervention qui peuvent être observés chez les participants mais aussi dans leur famille et la société. Comme dans les autres programmes de prévention, d'intervention ou de postvention, ces effets peuvent être plus immédiats et rapprochés des interventions (proximaux) ou plus lointains dans le temps (distaux). À gauche du modèle, sont énumérés treize effets attendus, de façon proximale, chez les participants au programme⁷. Chacun des effets n'est pas nécessairement le produit de toutes les activités du programme (déjà présentées dans la théorie du processus) et c'est pourquoi, à l'Appendice B, des chiffres permettaient d'établir des liens causaux. Ces 13 premiers effets sont donc dits proximaux, en ce sens qu'ils devraient apparaître peu de temps après

⁷ Il est à noter que c'est un hasard s'il y a ici treize éléments de changement alors qu'il y avait aussi treize éléments dans la théorie du processus.

le déroulement du programme. Les évaluateurs ont d'ailleurs plus de facilité à observer et documenter de tels effets proximaux. Dans le cas des trois couleurs utilisées à gauche de l'Appendice C, elles sont expliquées au bas du graphique. Ces couleurs réfèrent à trois types d'indicateurs du changement proximal : bien-être, compétences, et mal-être.

L'autre couleur utilisée dans les cases de droite correspond à des changements distaux qui sont attendus à plus long terme chez les enfants participant au programme. L'information incluse dans les cercles au bas du graphique correspond à des effets indirects du programme, c.-à-d. à un impact plus large au niveau de la famille, des tiers ou de la société en général.

Le cercle du haut, quant à lui, correspond à d'éventuels effets néfastes du programme. Il s'agit là, évidemment, d'effets non désirables mais qui pourraient apparaître malgré la bonne volonté des intervenants. Sans être bien documentés théoriquement ou empiriquement, il est possible d'imaginer dans ce cas-ci des effets néfastes comme : (1) une augmentation de l'humeur dépressive, de l'anxiété ou des manifestations psychotiques (désorganisation) chez les enfants les plus vulnérables (Cain, 1972); (2) un accroissement de la détresse à force d'observer le désarroi des autres ou d'entendre des détails sur le suicide des autres parents (malgré un contrôle exercé sur les narrations des enfants par les intervenants et l'utilisation de sous-groupes, au besoin); (3) une invalidation ou une disqualification du rôle des parents en tant qu'aidants naturels si ceux-ci ne sont pas été assez inclus dans la thérapie offerte aux enfants; (4) une surprotection des parents et des pairs par les enfants endeuillés eux-mêmes, d'où perversion des rôles; (5) un ajout d'une autre perte, soit la perte du groupe en fin de session; (6) un envahissement émotionnel dans les activités quotidiennes ou scolaires (malgré le fait que le groupe se réunisse le jeudi soir pour permettre le répit de la fin de semaine).

Finalement, relevons que, dans cette théorie du changement, les rectangles correspondent à des effets directs sur les enfants, alors que les cercles correspondent à des effets

indirects, non ciblés par le programme (impacts plus larges). Le cercle du haut est un impact néfaste et les cercles du bas sont des impacts positifs.

Par ailleurs, les flèches inscrites à la gauche de certaines cases indiquent quel type d'effet est désiré chez les participants au programme : une amélioration ou augmentation (↑) ou une détérioration ou diminution (↓). Enfin, les lignes pointillées indiquent les liens logiques qui existeraient entre certains éléments. Ces derniers sont cependant plus approximatifs et hypothétiques. Ils visent surtout à démontrer encore une fois, malgré la très grande complexité de l'exercice, que le cheminement entre tous les éléments est souvent très spécifique et non linéaire.

La plupart des variables présentées dans cette modélisation du changement sont explicites en soi. Elles seront aussi reprises plus loin en fonction des indicateurs qui ont servi à les mesurer. Néanmoins, certains repères peuvent déjà être précisés brièvement ici pour ce qui est des différents effets proximaux et distaux.

1) Sécurité de base

Cet élément réfère entre autres au fait de «passer du statut de victime ou de responsable à celui de survivant» (Séguin et Brunet, 1999, p. 590).

2) Compréhensions réalistes et connaissances utiles

Cet élément est évidemment plus relié à des interventions de type psycho-éducatif (identifiées, dans la théorie du processus, à C1, C2 et C3).

3) Comportements inappropriés

On pense ici, à la limite, à des comportements délinquants, déviant, régressifs, autopunitifs, à des accidents inexplicables, à des difficultés scolaires, ainsi qu'à des évitements ou des rapprochements inappropriés.

4) Symptômes physiques, cauchemars, rêves importuns

Ces symptômes pourraient être aussi des crampes, maux de tête, vomissements, fatigue, hypersensibilité au bruit, perte ou gain d'appétit, insomnie, indigestion, faiblesse musculaire... (voir le manuel, section jaune, p. 22).

5) Symptômes psychologiques (humeur dépressive, anxiété, etc.)

Les symptômes seraient reliés ici à des sentiments tels que la culpabilité, la colère, la honte, l'impuissance, la tristesse et la peur. Dans ce dernier cas, il s'agirait de peur du noir, de la douleur, de perdre de nouveau un proche, de revivre l'abandon, de perdre le contrôle, d'être hanté par le défunt, d'être seul. On inclurait ici les pleurs excessifs et la labilité (instabilité). À noter que, dans ce domaine, Pfeffer et al. (2002) ont démontré un certain effet de leur propre programme mais uniquement sur les symptômes dépressifs et anxieux. Rogers et al. (1982), dans une expérimentation moins rigoureuse, avaient observé des effets sur un éventail plus large de phénomènes.

6) Communications enfants-parents, enfants-enfants

L'amélioration pourrait correspondre ici à plus de comportements de socialisation.

7) Capacité de réinvestir socialement et affectivement

On pense ici à un réinvestissement dans le réseau familial qui pourra éventuellement combler les besoins autrefois comblés par le défunt. De nouvelles relations intimes deviendraient possibles à cause d'une disponibilité affective et d'une confiance retrouvées (notamment par rapport aux adultes). L'enfant redeviendrait capable de s'attacher. L'enfant, en somme, se définirait une nouvelle identité. L'isolement serait rompu et l'espace de solidarité serait retrouvé. Avec le passage dans le programme, le réseau de l'enfant est également agrandi du simple fait de faire partie d'un groupe de rencontre. Certaines amitiés peuvent même se créer dans le groupe et se poursuivre. Worden (1982, cité dans Séguin et Brunet, 1999, p. 584) indique que le deuil est résolu lorsqu'il y a notamment «adaptation à un environnement dans lequel le décédé est absent (...), retrait de l'énergie émotionnelle de cette relation et réinvestissement de cette énergie dans d'autres relations».

8) Actualisation de nouveaux modèles de soi et du monde

De tels changements seraient surtout l'effet d'interventions de type F2 (intériorisation de la présence du défunt).

9) Estime de soi

Il a été question plus haut que plusieurs interventions ciblèrent cet aspect. Rappelons ici que cet estime de soi avait été affaiblie, à l'origine, par le sentiment de n'avoir pas été assez important pour le suicidé et de n'avoir pu empêcher son départ.

10) Outils connus/utilisés dont les comportements de demande d'aide

Il s'agirait là surtout de la conséquence des interventions cognitives de type F4, notamment de la constitution d'un « coffre à outils » (répertoire de moyens).

11) Habilités cognitives et parole, écriture et dessin

Ces habiletés serviraient notamment pour parler du suicide du défunt et conserver une place à ce dernier (voir manuel, section jaune, p. 12).

12) Dissonances cognitives, ambivalences, antagonismes

De tels effets réfèrent évidemment à une certaine interprétation cognitive des problèmes vécus par les enfants endeuillés.

13) Isolement

Le bris de l'isolement, finalement, serait l'effet de l'ensemble des interventions du programme quoiqu'on puisse le rattacher plus spécifiquement à la mise en place du cadre d'intervention.

I) Goût à la vie et espoir

Ce premier des effets distaux, dans la chaîne causale des changements attendus, s'observerait en parallèle avec une diminution de l'ennui chez les enfants participant au programme.

II) Idée de la survie face à l'adversité

Dans son document, l'Organisation mondiale de la santé (2002, p. 29) signale qu'un bon moyen de renforcer l'idée que l'on peut survivre au suicide d'un être cher est de se remémorer tout le chemin parcouru depuis. Effectivement, l'enfant participant au programme prendrait conscience des progrès accomplis chez lui ou chez d'autres participants, au fur et à mesure du déroulement, de même qu'à la toute fin des rencontres, cette expérience le laisserait avec l'impression qu'il peut passer à travers les pires épreuves de la vie (voir, plus loin, l'idée de la résilience).

III) Longueur, complexité, douleur du deuil

La diminution des épreuves du deuil, ne serait-ce qu'au niveau de la durée, serait en soi un effet positif d'un tel programme. En effet, même si l'enfant pouvait en arriver seul à surmonter son deuil, il est quand même souhaitable de l'aider à y arriver plus rapidement.

IV) Idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicides

La diminution des « comportements » suicidaires reste un objectif ultime de ce type de programme. Pour diverses raisons méthodologiques, de tels effets sont difficilement mesurables, surtout dans l'immédiat, mais cela n'empêche pas qu'ils doivent être pris en compte dans une théorie globale du changement. Ici, ils ne sont d'ailleurs identifiés que comme des effets très distaux, lesquels seraient médiatisés par beaucoup d'autres phénomènes antérieurs.

V) Maintien et reprise des activités régulières

On chercherait à mesurer ici des phénomènes très concrets de la vie des enfants, dans leur milieu immédiat surtout : famille, école et cercle d'amis. En termes systémiques, cela correspondrait à une réinsertion dans une vie fonctionnelle. Il pourrait aussi s'agir de nouvelles activités pour l'enfant. Il s'agit donc d'un (ré-)aménagement du quotidien (voir manuel, section jaune, pp. 14 et 25). Schneidman (1973, cité dans Séguin, 1999, p. 208) mentionne d'ailleurs qu'un des quatre objectifs de la postvention est de «favoriser un retour aux activités quotidiennes».

VI) Développement normal se poursuit.

On s'attend ici à observer chez l'enfant une reprise des apprentissages propres à son stade de développement. Par contre, le retour à la progression normale du développement de l'enfant pourrait aussi cacher l'adoption de comportements (trop adultes) de surprotection au détriment de phases développementales plus saines.

VII) Résilience

Le lien entre résilience et survie face à l'adversité a déjà été mentionné plus haut. Mentionnons quand même ici qu'une augmentation de la résilience serait un effet très lointain du programme. Cela n'empêche pas qu'il soit conservé comme une cible ultime pour des enfants qui profiteraient à fond du programme.

Rappelons que le modèle du changement prévoit aussi des effets plus larges, non nécessairement reliés avec l'expérience du deuil ou la participation au programme. Par exemple, le modèle identifie un effet possible au niveau du développement de l'empathie, faisant en sorte que les enfants soient plus aidants dans leur milieu (cercle du bas du graphique). On pense ici à ce que l'*Organisation mondiale de la santé* (2002, p. 28) identifie comme : «vouloir aider les autres. (...), se rendre compte qu'on a progressé (...), au point d'avoir quelque chose à partager (...) est un moment qui donne de la force». Or, cela pourrait, encore une fois, être un comportement inadapté chez un jeune enfant s'il s'agit d'un comportement surprotecteur, lequel devrait appartenir plus au rôle parental. D'ailleurs, le modèle prévoit aussi certains changements chez les parents. Du fait des changements qui surviennent chez leurs enfants et de leur propre participation (notamment en fin de soirée), les parents exprimeraient alors plus leurs émotions (se permettant notamment de pleurer lors des rencontres), développeraient un nouveau réseau de contacts, s'entraideraient. Ils reprendraient finalement espoir devant l'exemple de leurs enfants.

D. Validation du modèle

À l'occasion de la démarche d'évaluation, tout cette modélisation (facteurs de réussite, théorie du processus, théorie du changement) a pu être validée par diverses consultations, notamment auprès d'un Comité aviseur (experts choisis). L'appendice E présente la lettre d'invitation à laquelle les membres du comité ont répondu. Ont donc accepté de faire partie de ce comité : Dr Charles Bedwani, Danyelle Latreille, François Godin, Aline Roberts et Louise Rousseau. Un des membres aviseurs s'est dit notamment « impressionné par l'ingéniosité des tableaux, la complexité des liens établis qui sont pourtant clairement exposés ». De façon plus informelle, le Dr Jean-Jacques Breton et son équipe de l'Hôpital Rivière-des-Prairies ont fait le même exercice de validation, en plus d'alimenter cette réflexion sur la méthodologie à utiliser. D'autres collègues, dont ceux du *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)* ont contribué de diverses façons. Une collaboration encore plus exceptionnelle a été obtenue de Geneviève Riopel, doctorante en psychologie sous la direction de Monique Séguin et Huguette Bégin. La thèse de madame Riopel porte sur *l'Étude exploratoire sur l'expérience de deuil des enfants ayant perdu un parent à la suite d'un suicide dans la première année suivant le décès*. Finalement, le modèle a été présenté dans diverses rencontres, dont deux congrès, alimentant encore plus la réflexion.

E. Variables, indicateurs et mesures

À partir des différentes variables retenues dans la théorie du processus et celle du changement, les évaluateurs ont identifié des indicateurs pouvant permettre d'observer celles-ci et de les mesurer. Partant de là, ils ont créé deux grilles d'évaluation et ciblé six instruments de mesure pour estimer les variables à l'étude. Les documents *Grilles d'évaluation* (Appendice E) et *Questionnaires* (Appendice F) dressent le portrait général de ces outils. Il faut remarquer que cette étape du choix des mesures est conséquente avec l'approche théorique qui a été retenue dans cette évaluation. En effet, les modèles théoriques sont d'abord construits et validés, avant que les évaluateurs ne recherchent les instruments pertinents. La démarche inverse, plus propre d'une démarche de recherche fondamentale, aurait été de rechercher d'abord des instruments validés dans le domaine

du deuil, quitte à ce qu'ils ne soient pas vraiment pertinents à ce qui se fait dans ce programme spécifique.

En outre, rappelons que les 13 types d'interventions évalués lors des six rencontres observées⁸ découlent de la théorie du processus déjà présentée plus haut. En effet, la logique de l'exercice entreprise dans cette évaluation veut que ces interventions doivent théoriquement être présentes afin d'escompter pouvoir ensuite obtenir certains changements chez les participants au programme. C'est cette logique d'analyse qui a été validée lors de la phase préliminaire de consultation avec les intervenantes et avec le comité aviseur du programme.

Grille d'intensité des interventions

Pour chaque session se déroulant en soirée, l'observateur note, au bout de chaque case de la grille, l'intensité accordée à chacun des 13 types d'intervention : score de 1 à 10 pour chacun. Il faut voir que cette évaluation « quantitative » des différents éléments de l'intervention (identifiés par ailleurs dans la théorie du processus) n'est qu'une approximation d'une réalité bien complexe. Cette approximation n'en a pas moins forcé les évaluateurs à prendre un certain recul par rapport au contenu intense des rencontres avec les enfants et à préciser des niveaux d'intensité de chaque intervention.

Grille d'observation du processus – narratif

La grille *Observation du processus – narratif*, quant à elle, sert à rendre compte qualitativement des 13 types d'interventions réalisées pendant les rencontres de groupe. Les évaluateurs y notaient aussi, tout au long de la rencontre, les verbatims les plus représentatifs du travail effectué par les intervenants.

⁸ À noter que la douzième rencontre n'a pas été observée de façon aussi méthodique, compte tenu de son caractère particulier : soirée d'adieu où n'étaient pas mises en œuvre des interventions thérapeutiques structurées.

Dominique interactif

Ce questionnaire, développé par Valla, Bergeron et Smolla (2000), et basé sur la symptomatologie de l'axe 1 du *Quatrième manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), permet une appréciation des tendances en fonction de sept problèmes de santé mentale fréquents chez les enfants. Parmi les troubles intériorisés, il s'agit : 1) de la phobie simple, 2) de l'angoisse de séparation, 3) de l'hyperanxiété et anxiété généralisée, 4) de la dépression simple et dysthymie. Parmi les troubles extériorisés, il s'agit : 5) de l'hyperactivité avec déficit de l'attention, 6) du trouble d'opposition et 7) des troubles de conduites. L'instrument a été spécialement conçu pour les élèves du primaire et donne, en 10 à 15 minutes, une lecture des tendances de l'enfant selon les sept problèmes de santé mentale. Il contient également une échelle de forces et de compétences qui identifie des comportements positifs. L'instrument a initialement été développé pour une utilisation en entrevue individuelle auprès d'échantillons cliniques.

L'administration du *Dominique interactif* consiste à présenter 90 images aux enfants. Elles représentent Dominique, le personnage créé pour l'outil de mesure, dans certaines situations de sa vie quotidienne (p. ex., une image de Dominique qui pleure). Une phrase vient compléter l'image permettant ainsi à l'enfant de mieux comprendre la situation, p. ex., « Est-ce que tu te sens souvent triste ou déprimé comme Dominique ? ». L'enfant doit répondre par oui ou non aux différents items. Ce questionnaire peut être notamment utilisé dans un but clinique et il présente de bonnes qualités psychométriques (voir synthèse de Larivée, 2000).

Inventaire PTSD

Cette entrevue structurée, basée sur les critères du DSM-IV, évalue la présence selon divers niveaux (de négatif à chronique) du syndrome de stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents. Cet outil unique et valide a été conçu par Saigh et al. (2000). Depuis 2004, cette entrevue clinique est disponible en français canadien grâce à la version distribuée par *Harcourt Assessment Canada*.

Inventaire d'intelligence émotionnelle

L'expression *Intelligence émotionnelle* est apparue pour la première fois dans une série d'articles scientifiques rédigés par Mayer et Salovey (1990, 1993). Ces articles n'ont pas beaucoup suscité d'intérêt. Toutefois, deux années plus tard, soit en 1995, le terme intelligence émotionnelle est entré dans le vocabulaire général avec la parution du succès de librairie de Goleman : *Emotional Intelligence* (publié en français sous le titre *L'intelligence émotionnelle*, Paris, Lafont, 1997). L'intelligence émotionnelle chez le jeune réfère à une panoplie d'aptitudes et d'habiletés non cognitives qui influent sur la capacité du jeune à affronter les exigences et les pressions externes. Pour l'instant, la mesure scientifiquement développée et validée qui reflète cette capacité est uniquement en version anglaise (voir le questionnaire de Bar-On et Parker, 2000). La présente version française pour enfants est la gracieuseté de l'équipe de recherche de Colette Jourdan-Ionescu qui a développé pour le contexte québécois une version expérimentale. Cette version vise les 7 à 18 ans et comprend 60 items de type Likert à quatre choix de réponses (très souvent à très rarement). Cinq dimensions et 15 habiletés sont évaluées (voir Appendice E).

Inventaire des troubles émotionnels et sociaux

Le *Beck Youth Inventories* est un instrument développé par Beck et al. (2001) et comprend cinq dimensions (et 100 items) mesurant à la fois l'image de soi, l'anxiété, la dépression, la colère et les comportements perturbateurs chez les jeunes âgés de 7 à 14 ans. En ce qui a trait à la version française, une attention particulière fut portée à la formulation des consignes et des items lors de l'adaptation du test. L'instrument est disponible chez *Harcourt Assessment Canada*. Il importe de noter que le premier auteur a participé avec l'équipe de Toronto à *Harcourt Assessment Canada* pour la traduction de cet instrument en langue française.

Questionnaire des réactions de deuil

Cet instrument de mesure est basé sur la liste des manifestations du deuil décrite par Worden (1991) et est composé d'une quarantaine d'items. Ces réactions sont regroupées en quatre catégories : les sentiments, les manifestations cognitives, les sensations physiques et les comportements.

Échelle d'espoir pour enfants

Cette échelle élaborée et validée par l'équipe de Snyder et al. (1997) mesure le sentiment d'espoir chez les enfants de 8 à 16. Plus précisément, il est estimé l'espoir selon que l'enfant soit orienté vers des buts, et ce, selon deux dimensions : 1) la perception de pouvoir initier et poursuivre un but; et 2) la perception d'avoir la capacité d'atteindre un but. Un score total combinant ces deux dimensions peut être obtenu. L'échelle comprend 6 items qui se cotent sur une échelle Likert de 6 points (allant de jamais à tout le temps).

5. DÉROULEMENT ET PARTICIPANTS

A. Testing

La collecte de données a débuté par une pré-expérimentation, et ce, pour bien saisir la durée et la réceptivité de certains questionnaires chez les jeunes. En janvier 2004, un enfant de 8 ans et un autre de 11 ans ont répondu au *Dominique interactif*. Le temps de passation a été de 30 minutes pour le premier et de 20 minutes pour le deuxième. Les deux enfants ont bien aimé le format du questionnaire qui se présente sous forme de bande dessinée interactive sur ordinateur. Au cours du même mois, trois autres jeunes (deux de 11 ans et un autre de 12 ans) ont été rencontrés dans le cadre d'une auto-administration de l'*Inventaire d'intelligence émotionnelle*, de l'*Inventaire des troubles émotionnels et sociaux* et de l'*Échelle d'espoir pour enfants*. Dans l'ensemble, la durée totale de passation était d'une heure. Pour le contenu des items, la compréhension des phrases à l'*Inventaire d'intelligence émotionnelle* était difficile. Il fut convenu que l'évaluateur lise à voix haute tous les items des trois tests et s'assure de la compréhension de tous les items lors du pré et post-test.

En février 2005, huit jeunes et huit parents sont rencontrés en entrevue individuelle par les intervenants du programme. L'entretien comporte trois parties. D'abord le but de la recherche est présenté, le consentement à participer à la recherche est demandé et les données sociodémographiques sont colligées. Par la suite, la problématique associée au décès par suicide est évaluée et les manifestations du deuil sont notées au dossier. Enfin, le *Dominique interactif*, l'*Inventaire PTSD* et le *Questionnaire sur les réactions de deuil* sont administrés.

Les 18 et 23 février 2005, soit de deux à trois semaines avant le début de l'intervention de groupe, un évaluateur rencontre en entrevue individuelle le jeune (le parent est rencontré environ 5- 10 minutes au début) pour le pré-test. Lors de cette rencontre, le jeune est invité à parler de la situation qui l'amène à participer au groupe et à répondre à

l'Inventaire d'intelligence émotionnelle, à l'Inventaire des troubles émotionnels et sociaux et à l'Échelle d'espoir pour enfants.

Les 10 et 15 juin 2005, soit une à deux semaines après la fin du groupe, un évaluateur rencontre à nouveau les jeunes en entrevue individuelle (le parent est rencontré encore environ 5- 10 minutes au début) pour le post-test. Lors de cette deuxième rencontre de testing, le jeune est invité à parler de sa participation au groupe, des changements opérés (le cas échéant) et à répondre à *l'Inventaire d'intelligence émotionnelle, à l'Inventaire des troubles émotionnels et sociaux et à l'Échelle d'espoir pour enfants.*

B. Observations

Pour les observations, une étape préliminaire a d'abord été réalisé lors de la 11ème rencontre du groupe de 2003. Ce 5 juin 2003, les deux évaluateurs ont observé ce qui était la dernière rencontre d'un groupe de neuf enfants endeuillés (d'un père pour la plupart), rencontre animée par deux intervenantes. Déjà les deux évaluateurs ont remarqué (observations non structurées cependant) que, malgré leur très grande discrétion, leur seule présence masculine semblait influencer le cours des choses, surtout chez les deux seuls garçons du groupe (ce qui leur fut confirmé par les intervenantes après la rencontre).

Dans la poursuite de l'évaluation, à l'hiver 2005, un intervenant masculin avait pu être embauché, portant l'équipe à trois (deux femmes, un homme). Même là, la présence d'évaluateurs masculins dans le groupe, malgré toute la réserve qu'ils cherchaient à conserver, semble avoir été très remarquée chez les enfants. Certaines délicatesses des enfants en ont témoigné. Finalement, l'intervenant masculin a quitté (après la période d'évaluation qui est rapportée ici). Par delà ces péripéties, il faut donc voir que l'équilibre des genres est nécessaire dans de tels groupes où la plupart des enfants endeuillés ont perdu un père et où ils sont à l'âge de se former une identité. D'où la recommandation suivante :

Recommandation 6

Qu'il y ait toujours des intervenants masculins et féminins disponibles auprès des enfants du groupe

En outre, les évaluateurs remarquaient notamment, lors de la soirée de juin 2003, une grande utilisation de la part des intervenants de techniques de renforcement (« De quoi es-tu fier? ») et de réassurances (« T'as le droit de prendre la parole »). En fin de rencontre, certains parents nous approchaient également, sachant que nous allions entreprendre une évaluation. Spontanément, certains nous rapportaient alors que leurs enfants avaient profité de ce programme. Par exemple, on rapportait que les peurs (notamment les peurs du noir) avaient diminué dès la deuxième rencontre de groupe de 2003. Selon les parents, leurs enfants dormaient mieux. Le même type de commentaires a été recueilli ensuite à l'hiver 2005 (voir rencontre #12). Les parents remerciaient alors formellement les trois intervenants et disaient qu'ils avaient vu leurs enfants progresser.

Six des douze rencontres du programme de l'hiver 2005 (du 10 mars au 9 juin) ont finalement été observées par l'équipe d'évaluateurs. En fait, l'évaluateur qui réalisait le testing (Réal Labelle) a observé aussi les rencontres 2 et 11. L'autre évaluateur (Marc Daigle) a observé les rencontres 3, 4, 7 et 12 (rencontre d'adieu). Par delà les considérations d'échantillonnage et de disponibilité des évaluateurs, le choix des rencontres à être observées s'est fait en collaboration avec les intervenantes Danyelle Latreille et Josée Lake qui, à partir de leur expérience et expertise, les estimaient plus importantes dans le cheminement du groupe. Ainsi, la première rencontre n'a pas été retenue parce qu'il ne s'y fait pas beaucoup de relation d'aide. Inversement, les rencontres 11 et 12 ont plus de chance de permettre l'expression des progrès accomplis, alors que la rencontre 7 marquerait un tournant dans l'intervention.

C. Échantillon

L'échantillon (ciblé en pré- et post-test mais également observé pendant les rencontres de groupe) se compose de 3 filles et de 5 garçons dont la moyenne d'âge se situe à 10.5 ans ($E.T. = 1.87$)⁹. Cinq jeunes sur huit sont en 5^e ou 6^e année scolaire et un jeune sur huit a doublé son année. Pour le rang familial, cinq jeunes sur huit sont les derniers de famille. Sur le plan de l'habitation et du deuil, sept jeunes sur huit habitent avec leur mère et six jeunes sur huit ont perdu leur père par suicide. Il importe de noter que la moitié des jeunes vivent un deuil de mois d'un an (pour l'enfant identifié comme étant « B », c'est même moins d'un mois) et, pour l'autre moitié, un deuil de 2 ans et plus. Enfin, sur le plan de la santé mentale, l'ensemble des jeunes cotaient négativement à un trouble de stress post-traumatique et un seul jeune (A) présentait des problèmes de santé mentale.

Tableau 1

Caractéristiques des participants

	<i>Sexe</i>	<i>Âge*</i>	<i>Année Primaire</i>	<i>Rang Familial†</i>	<i>Habitation</i>	<i>Endeuillé (moment)</i>	<i>Santé mentale‡</i>
A	F	12	5 ^e	2 ^e de 3	Mère	Père (3 ans)	GAD : 13 sur 15 ODD : 7 sur 9 AHDH : 15 sur 19
B	F	11	5 ^e	3 ^e de 3	Mère et beau-père	Père (-1 ans)	Néant
C	F	12	6 ^e	3 ^e de 3	Père et belle-mère	Mère (3 ans)	Néant
D	G	6	1 ^{ière}	3 ^e de 3	Mère	Père (-1 an)	Néant
E	G	10	3 ^e doublé	4 ^e de 4	Mère	Père (2 ans)	Néant Ritalin
F	G	10	4 ^e	1 ^{er} de 1	Mère	Père (-1 an)	Néant
G	G	11	6 ^e	6 ^e de 6	Mère	Père (-1 an)	Néant
H	G	12	6 ^e	1 ^{er} de 1	Mère et père	Marraine (2 ans)	Néant

* Arrondi à l'année près; † Omission des demis frère (s) et sœur(s); ‡ GAD : Anxiété généralisée, ODD : Troubles oppositionnels avec provocation, AHDH : Troubles Inattention/hyperactivité/impulsivité

⁹ Un des huit enfants, le jeune G, ne n'est cependant pas présenté à deux rendez-vous fixés pour le post-test.

6. ÉVALUATION DU PROCESSUS D'INTERVENTION

A. Intensité de chaque intervention

Pour ce qui est des observations quantitatives compilées à cet instrument (pour cinq des six rencontres observées), de grandes variations ont été observées d'une soirée à l'autre. Cette variation est normale et n'est pas étrangère aux objectifs particuliers de chaque rencontre, tels qu'ils sont d'ailleurs décrits dans le manuel d'intervention. Le Tableau 2 rend compte des résultats d'ensemble des cinq soirées en fonction d'un score maximal de 10.

Tableau 2

Scores d'intensité des treize différents types d'intervention

<i>Type d'intervention</i>	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>M</i>	<i>É.T.</i>
A1. Mettre en relation un groupe d'enfants / établir qu'ils ont un problème commun et qu'il va y avoir des solutions.	5	8,00	9,00	8,50	0,50
B1. Entourer l'enfant par le respect, l'authenticité, la présence, l'écoute, l'empathie.	5	8,00	10,00	9,26	0,78
C1. Expliquer et interpréter le phénomène suicidaire et le processus de deuil.	5	1,00	9,00	5,50	3,74
C2. Expliquer et interpréter les caractéristiques de la mort, dont irréversibilité et universalité.	5	0,00	8,00	4,80	3,96
C3. Expliquer et interpréter les comportements, émotions et cognitions associés au deuil.	5	3,00	8,00	6,80	2,17
D1. Faire communiquer enfants-enfants et enfants-parents.	5	5,00	10,00	8,20	2,17
D2. Faire pratiquer / observer (chez pairs ou personnages des jeux) / imiter habiletés de parole, écriture, dessin.	5	5,00	9,00	7,40	1,52
D3. Faire signer un contrat de non-suicide (et de demande éventuelle d'aide à un adulte).	5	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
E1. Faire vivre et exprimer des émotions /observer / imiter pairs ou personnages.	5	7,00	9,00	8,40	0,89
F1. Faire conscientiser l'enfant à la perte (faire des associations / favoriser la symbolisation et la métaphorisation).	5	7,00	9,00	8,00	1,00
F2. Faire intérioriser la présence du défunt dans la nouvelle réalité de l'enfant. Il s'agit ici d'amener l'enfant	5	5,00	9,00	7,30	1,57
F3. Faire identifier / nommer les liens entre événements-pensées-émotions et corriger les distorsions cognitives.	5	3,00	10,00	6,10	2,56
F4. Faire pratiquer la résolution de problèmes / observer / imiter pairs ou personnages de jeu.	5	2,00	9,00	6,40	2,68

Les résultats indiquent que les éléments A1, B1, D1, E1 et F1 sont relativement élevés et stables d'une soirée à l'autre. Par delà un échantillonnage qui a pu être biaisé (en fait, seulement cinq des 11 rencontres thérapeutiques ont été observées), ces cinq types d'interventions semblent donc ceux sur lesquels misent les intervenants pour atteindre leurs fins et ceci indépendamment des objectifs particuliers de chaque rencontre. Il faut notamment relever ici les résultats très élevés pour l'élément B1 qui reflètent effectivement les impressions très favorables des deux évaluateurs dès les premières observations. Pour cet élément B1, une certaine disparité a cependant pu être observée parfois entre les trois intervenants mais sans que cela n'affecte l'excellence globale.

Par ailleurs, il est étonnant de constater que l'intensité des interventions associées à la transmission des connaissances (C1, C2, C3) ne soit pas plus élevée. Il se peut qu'un biais soit à l'origine de ce résultat. Beaucoup d'informations étaient transmises lors du jeu *Capitaine moi-même*, ce qui n'était pas noté chaque fois par les évaluateurs. De plus, aucune intervention de type D3 (contrat de non-suicide) n'est observée, ni notée quantitativement, lors des cinq rencontres ciblées. Il faut dire qu'il était prévu que ce genre d'approche ne se fasse qu'individuellement auprès des enfants, hors des rencontres de groupe. Exceptionnellement, on peut aussi penser que, à la dernière rencontre, cela se fait indirectement lorsque les enfants finalisent l'*Album souvenir* qu'ils vont conserver après la thérapie de groupe. Quoi qu'il en soit, cette approche semble quand même incontournable en prévention du suicide. Dans ce sens, elle doit probablement être conservée dans un modèle théorique de l'intervention, même si son caractère particulier ne s'évalue pas facilement dans un projet global.

Restent néanmoins tous les autres types d'interventions où une grande, sinon une très grande variabilité, s'observe d'un soir à l'autre. Encore là, les objectifs particuliers de chaque soirée peuvent expliquer ce phénomène. Cela peut aussi être un artefact de cette partie de l'évaluation qui est essentiellement quantitative et approximative. Notons, en effet, que les évaluateurs ont cherché ici à caractériser et à concrétiser sous le concept d'intensité une variété de phénomènes thérapeutiques d'ordre souvent très différents.

Dans ce cas particulier, l'évaluation qualitative, présentée dans la section suivante, est donc probablement plus apte à rendre compte de la réalité de l'intervention.

B. Observations du processus – narratif

C'est ici que l'aspect plus qualitatif des observations est rapporté, à partir des notes consignées chaque soir par les évaluateur sur la grille d'*Observation du processus – narratif*. Pour chacune des 13 catégories commentées, certains exemples, souvent sous forme de verbatim, sont rapportés (en indiquant alors la soirée en cause : #2, #3, #4, #7, ou #11). Pour faciliter la lecture mais aussi, en même temps, préserver l'anonymat des intervenants (deux femmes et un homme), le terme « intervenant » (accordé au masculin) sera utilisé ici pour désigner autant un intervenant qu'une intervenante. Il était en effet convenu que les intervenants n'étaient pas évalués eux-mêmes individuellement mais que l'attention des évaluateurs devait porter sur les processus d'intervention. Pour ce qui est des enfants, les trois filles participantes sont identifiées par les lettres A, B et C; les cinq garçons par les lettres D, E, F, G et H. Enfin, l'un ou l'autre des évaluateurs sera désigné de façon impersonnelle par le « on » (comme dans « on observe que... »). Finalement, pour bien comprendre certaines remarques, il faut se rappeler que l'importance de chaque catégorie d'intervention varie selon les objectifs visés d'un soir à l'autre. Par ailleurs, il faut voir que le texte de cette section est plus souvent descriptif qu'évaluatif. L'évaluation des interventions sera plus dégagée à la section 6C.

A1. Mettre en relation un groupe d'enfants / établir qu'ils ont un problème commun et qu'il va y avoir des solutions

Sont regroupées ici toutes les activités du cadre structurant des interventions qui assurent au contenant (enfants) et au contenu (vécu) une bonne prise en charge par les intervenants. Une première observation faite par les évaluateurs, dès les premières rencontres, est à l'effet que les horaires des rencontres de groupe sont souvent trop chargés, surtout s'il y a des retards dans l'arrivée des enfants. Le temps devient alors difficile à gérer. On sent alors une certaine pression exercée sur le groupe, pression qui n'est certainement pas propice au cheminement thérapeutique. Rappelons que le manuel d'intervention, lequel guide le déroulement de chaque soirée, est éminemment bien structuré, ce qui est certes une grande qualité du programme. Notamment, le manuel prévoit une certaine logique dans ce déroulement et il alterne judicieusement entre les types d'activités d'une soirée. Néanmoins, dans une éventuelle révision du manuel, il faudrait probablement alléger l'horaire, quitte à prévoir des horaires alternatifs. Une activité pourrait ainsi être éliminée pour une soirée plutôt que d'avoir à presser les enfants.

Recommandation 7

Que les intervenants modifient le manuel d'intervention en allégeant les horaires ou en planifiant des horaires alternatifs, et ce, en fonction du rythme du groupe

La soirée #2 se présente comme une rencontre axée sur les émotions liées au deuil. Au départ les enfants sont invités à parler de leur semaine à tour de rôle. D'entrée de jeu, les jeunes ne prennent pas l'initiative de parler. Après stimulation de l'intervenant, les jeunes arrivent à parler un peu de leur vécu. On enchaîne avec les explications du journal de bord. Les enfants semblent bien saisir l'exercice à partir du soleil, du nuage et de la pluie. On passe ensuite à l'histoire du Carnaval des animaux. Les enfants écoutent bien l'histoire. Certains comprennent l'histoire d'autres non. L'intervenant pose plusieurs fois la même question : « Que ressentaient les animaux ? ». Les enfants restent muets (manque de compréhension, de vocabulaire, etc.). L'intervenant parle de la peur. Deux jeunes (C et A) abordent leurs peurs : l'une des esprits, l'autre d'aller seul au sous-sol. On tourne un peu en rond bien que l'intervenant identifie d'autres émotions et cherche à les normaliser. Dans un autre temps, les jeunes sont invités à participer au jeu Capitaine moi-même. Cette activité est un grand succès. Les jeunes en redemandent. Ils écoutent, se questionnent, s'entraident, etc. De plus, ils font un lien entre leurs émotions et les destinations (et très peu avec le deuil). Lors d'une autre activité, le groupe se sépare en trois, les 3 filles entre elles (groupe 1), les 3 garçons plus vieux (groupe 2) et les 2 plus jeunes (groupe 3). Le premier groupe arrive à discuter de « comment on se sent lors des destinations liées aux tempêtes et à l'ensoleillement ». Le deuxième groupe arrive très difficilement à mettre en mots leurs sentiments face à la destination du désert. Enfin, le dernier groupe n'est intéressé qu'à dessiner. Dans ce contexte, les évaluateurs considèrent qu'il serait souhaitable de mieux adapter les activités des sous-groupes selon l'âge et le sexe des participants. La rencontre parent/enfant est très réussie. L'échange est à son meilleur et tout le monde s'exprime sur les émotions associées aux quatre destinations. De plus, on aborde (superficiellement) le quoi faire des émotions. La rencontre se termine par le rappel de l'objectif de la soirée (à savoir identifier des émotions dans le deuil), par des commentaires favorables des parents et par la remise de collants. Une mère interpelle un intervenant. Elle sera rencontrée en individuel le même soir.

Recommandation 8

Que les intervenants adaptent selon l'âge et le sexe des participants les activités réalisées en sous-groupe

À la soirée #3, l'objectif est de « faciliter l'échange entre les enfants sur le lien affectif qu'ils avaient avec la personne décédée ». À cette étape, le climat du groupe n'est cependant pas encore très propice à des échanges profonds et on ne fait qu'évoquer certains souvenirs personnels. Au cours de la même soirée, l'écoute du Carnaval des animaux n'atteint pourtant pas son objectif. La discussion de groupe qui suit est relativement superficielle et on ne parle pas du lien père-fils, comme il était prévu originellement. Par contre, l'activité suivante est très bien réussie et le climat est à la rigolade, les enfants s'interpellant joyeusement. Même la question « Qu'est-ce qui vous manque le plus? » n'amène aucun moment de tristesse. Les émotions difficiles ne sont donc presque pas abordées lors de cette soirée. Encore là, le temps semble cependant presser l'intervenant et la dernière activité est finalement écourtée; aucun dessin n'est terminé. On observe aussi que les enfants semblent insatisfaits du fait qu'il n'y a eu qu'une courte « activité spéciale » dans le jeu du Capitaine moi-même. En termes de structuration, on observe que, à cette soirée, l'intervenant communique de l'espoir ; « À la fin du programme, on va avoir identifié des pistes de solution, dont la boîte à outils. On va se bâtir un coffre à outils lors des rencontres ». Par ailleurs, on observe, toujours pour cette même soirée, que les intervenants sont suffisamment encadrants pour que le cadre, justement, soit respecté (malgré quelques difficultés en équipe avec les deux plus jeunes) : respect des horaires et du comportement (aller aux toilettes ou non, respecter le tour de parole, ne pas jouer avec son crayon). Les intervenants sont également attentifs à interpeller ceux qui parlent moins et on observe, à une occasion, que l'intervenant relance un enfant qui s'est fait couper la parole par un autre. Sous la pression de l'horaire, on peut toutefois être moins attentif à certaines interventions des enfants qui mériteraient peut-être plus d'ouverture. Ce ne fut cependant pas le cas lorsqu'un intervenant a saisi l'occasion d'une question dans le jeu du Capitaine moi-même pour amener A à préciser sa peur. Celle-ci s'est avérée être la peur de la mort, plus précisément la peur de se suicider elle-même. L'intervenant a alors précisé qu'ils allaient en reparler plus tard individuellement et l'enfant semblait satisfait¹⁰.

La soirée #4 est tout à fait différente des autres et les intervenants eux-mêmes disent que c'est une soirée charnière; ils avaient d'ailleurs insisté pour qu'elle soit évaluée. C'est effectivement un tournant par rapport à la session précédente. En fait, c'est essentiellement l'intervenant principal qui l'anime, les deux autres s'appliquant à surveiller les réactions des enfants. L'objectif de la soirée consiste à amener les enfants à exprimer des « émotions plus difficiles », essentiellement la culpabilité. C'est cependant la peine des enfants, plus que la culpabilité, qui est exprimée (malgré des allusions répétées de la part de l'intervenant). C'est surtout l'histoire de Chiboukayo, racontée par l'intervenant, qui est utilisée en début de soirée. Le cadre utilisé lors de cette soirée est pertinent et efficace : lumières tamisées, bougies et, surtout, une sculpture placée au centre du groupe et représentant le Cercle des amis. Les enfants comprennent facilement cette symbolique (voir F1). L'intervenant insiste sur le fait que « On est ensemble maintenant... », alors que, auparavant, peu d'enfants connaissaient quelqu'un d'autre dont le parent s'était suicidé. Quant à l'éclairage tamisé, il est certes efficace et l'intervenant s'enquiert dès le début de ce que les enfants en pensent. Un seul enfant (H) dit que c'est « sinistre ». L'intervenant vérifie le sens de ce qu'il dit et lui demande s'il faut remettre la lumière habituelle. Il accepte de continuer ainsi. Plus tard, elle reviendra là-dessus lorsque l'atmosphère sera plus lourde (lorsqu'on parlera vraiment de la mort) : « Qui veut qu'on ne change pas la lumière? » Cinq enfants sur huit veulent conserver la lumière tamisée et le compromis sera de l'augmenter un peu, ce qui semble

¹⁰ On a observé, en fin de soirée, que l'enfant était effectivement rencontré individuellement même si elle ne semblait plus perturbée; voir note dans E1.

finalement satisfaire tous les enfants. Beaucoup de ré-assurances et de renforcements sont utilisés dans cette soirée. L'intervenant recadre souvent: « Pourquoi vous venez ici? ». « On savait que ce serait difficile ce soir ». « C'est un bon signe ». « La peine que vous sortez, vous l'aurez plus à l'intérieur ». « Découragez-vous pas ». « On va vous aider à aller mieux ». « Il faut ressentir les émotions pour aller mieux ». L'intervenant reprend un peu les mêmes explications avec les parents en fin de soirée et les prévient que, dans le chemin du retour, leur enfant pourrait être perturbé : « C'est normal ».

Dans l'intensité émotive de la soirée #4, les deux plus jeunes enfants ont souvent de la difficulté à répondre aux interrogations de l'intervenant (mais également G, pour d'autres raisons). Il faut dire aussi que tous les enfants semblent s'être refermés un peu face à l'intensité de la soirée. Finalement, à l'insistance de l'intervenant, c'est quand même le plus jeune enfant (D) qui enclenchera l'expression d'émotions. L'intervenant lui demandera de mimer ce qu'il a de la difficulté à dire et il mimera « la mort » (voir D2). Il est renforcé là-dessus par l'intervenant: « C'est toi le plus petit, mais c'est toi qui a permis de... ». Finalement, D, toujours aussi indiscipliné par rapport aux règles du groupe, voudra toujours reprendre la parole par la suite (en levant quand même la main) et il sera ramené poliment à l'ordre par l'intervenant : « Tu peux parler seulement si cela concerne la question posée ». D se révélera ensuite très observateur et perspicace dans le groupe, favorisant la prise de conscience et l'évolution de celui-ci : « J'ai observé que quelqu'un ici est trop timide », ou une autre fois : « J'ai vu que plusieurs ont les larmes aux yeux ». « Ma tête va dans le corps des autres », ajoute-t-il aussi. L'intervenant récupère bien tout cela en ré-assurant le groupe sur la normalité du processus en cours. N'empêche que tout le processus est très intense et émotif. Les intervenants sont donc très attentifs aux enfants. Ainsi, F participera moins qu'à la dernière rencontre et, en fin de soirée (lorsque les parents sont présents), il s'effondrera en larmes dans son coin. L'intervention individuelle est vite mise en marche dans ce cas-là.

À la soirée #7, l'atmosphère est particulièrement joyeuse au début, à propos notamment de commentaires sur les nouvelles coupes de cheveux. Les plus jeunes sont un peu dissipés pendant le reste de la soirée et ils doivent être rappelés à l'ordre, ce qui se fait quand même assez bien. L'intervenant lit la question qui a été laissée, la semaine dernière, dans la boîte aux questions : « Est-ce que ceux qui travaillent ici ont perdu un proche par suicide? ». Un des trois intervenants explique alors que oui et, en même temps, que c'est en participant à un groupe qu'il s'en est bien sorti : « J'étais pareil comme vous autres ». En parallèle, l'intervenant explique que cela lui a confirmé en même temps son choix de profession en relation d'aide. Ce témoignage intéresse beaucoup les enfants et leur fait comprendre la nécessité du processus qu'ils sont en train de vivre. L'identification aux intervenants en est sans doute renforcée. Plus tard, on m'explique que cette technique (raconter une expérience personnelle pertinente) n'est pas planifiée mais que, si la question est posée par les enfants, on y répond.

À la soirée #11, on annonce la fin prochaine des rencontres de groupe. On annonce aussi que la prochaine et dernière rencontre sera une « fête ». Le retour sur la semaine qui s'est écoulée est très différent de ce qui se faisait lors des autres soirées. Les enfants parlent beaucoup et leur propos sont mêmes limités, faute de temps. D parle de son anniversaire qui s'en vient, F raconte sa sortie à la récréathèque, E souligne des maux de têtes, H relate sa chicane avec sa mère, C aborde le rêve de son père défunt et B exprime sa peine face aux querelles de sa mère et de son nouveau copain. Le jeu du Capitaine moi-même suscite encore beaucoup d'intérêt chez l'ensemble du groupe et il semble une excellente façon de les relier entre eux. La rencontre porte ensuite sur l'écriture de la lettre au défunt. Après avoir reçu la consigne et avoir posé leurs questions, les jeunes se concentrent sur la tâche. Les intervenants aident les plus jeunes à écrire leur lettre. Les intervenants encouragent et soutiennent le groupe. L'apogée de la soirée est certainement la mise à feu de la lettre. Parents et enfants sont tous recueillis en cercle et, à tour de rôle, chacun brûle sa lettre. Le silence est de mise. Les intervenants amèneront ensuite en groupe les enfants à conscientiser leur perte. Cette activité est émouvante : certains enfants expliquent avoir mis tout le mauvais dans la lettre, d'autres avoir exprimé leur peine et d'autres se remémorer des souvenirs heureux. Reste que l'activité va vite et qu'on s'interroge sur l'intégration de ce que les enfants vivent. Le rappel de la fin prochaine des rencontres provoque aussi une réaction chez un jeune (E). Il sera vu en individuel après la rencontre de groupe.

B1. Entourer l'enfant par le respect, l'authenticité, la présence, l'écoute, l'empathie

À la rencontre #4, la démarche est encore plus personnalisée, notamment du fait que, au début de la soirée, les enfants sont amenés un par un dans le local où ils s'assoient en cercle, sur le coussin qui leur est réservé. De plus, et ceci à plusieurs reprises dans la soirée, les intervenants leur rappellent qu'ils peuvent sortir individuellement dans le corridor avec un intervenant. Par delà les scores élevés rapportés plus haut (moyenne de 9,3 sur 10) pour l'ensemble des observations des interventions B1, les évaluateurs ont noté ici, souvent de façon très anecdotique, certaines forces et faiblesses. Ainsi, on note :

Sur le plan des forces :

- *une bonne gestion du temps de parole entre les enfants (#2, #11)*
- *une présence très appropriée, constante et non envahissante, face à un enfant renfermé et réticent (#2, #3, #4, #7)*
- *un jugement équilibré par rapport à des opinions émises par des enfants sur le junk food ou les jeux de combat (#3, #4)*
- *beaucoup de paraphrases et de reformulations (#2, #3, #4, #11)*
- *beaucoup d'attention même lorsque le discours des enfants est discursif (#3).*
- *une saine communication par le rire (#2, #3, #4)*
- *une présence hors du commun (#11)*
- *l'authenticité à servir de modèle masculin ou féminin (#3, #7)*
- *une attention particulière aux enfants moins expressifs ou qui se font couper la parole (#2, #7)*
- *un sincère respect pour les enfants, qui sont remerciés, nommés par leur nom, etc. (#2, #11)*
- *une répartition hebdomadaire des responsabilités face à certaines difficultés prévisibles chez des enfants (#2, #3, #4, #7)*
- *le respect de l'unicité : « Tu t'es senti spécial? » (#2, #3, #4, #11)*
- *l'offre répétée d'un service individuel, hors du groupe (#2, #7, #11)*
- *une très bonne attention portée aux réactions émotives et aux besoins des enfants (#2, #3, #4, #11)*

Sur le plan des faiblesses :

- *quelques manques d'écoute alors que des enfants venaient d'amener du contenu qui semblait riche (#2, #3)*
- *quelques refus d'aller sur des pistes suggérées par des enfants et une certaine rigidité à suivre le programme de la soirée (#2, #3)*
- *des reformulations ou reflets non pertinents (#3, #7)*
- *un manque d'attention à une mère qui pleurait en fin de soirée (#4)¹¹*
- *l'interruption du droit de parole (#7)*

C1. Expliquer et interpréter le phénomène suicidaire (dont celui du proche qui est décédé) et le processus de deuil

La soirée #2 a été l'objet de transmission de savoirs sur les émotions mais plus sur le vécu quotidien que sur le phénomène suicide et le processus de deuil. Le jeu du Capitaine moi-même a toutefois permis d'aborder cet aspect : « T'arrive-t-il de pleurer ? »... Les intervenants cherchent à mettre en contexte la tristesse avec le deuil. De plus, les filles arriveront lors du dessin à faire des liens entre leurs émotions et la perte. Les deux groupes de garçons n'y arrivent pas. On constate encore une fois l'importance de considérer l'effêt du genre. Par ailleurs, à cette rencontre, les intervenants répondent à une question déposée dans la boîte : « Pourquoi les hommes se suicident plus que les femmes ? ». Les intervenants répondront bien à la question.

¹¹ Il s'agit ici d'une observation faite par un des évaluateurs et qui, en parallèle, a dû aussi être faite et interprétée par les enfants et parents qui étaient alors présents. Cependant, des informations ultérieures ont révélé que cette apparente « non-intervention » faisait partie d'une entente déjà conclue entre les intervenants et la mère qui est ciblée ici.

À la soirée #3, les intervenants sont particulièrement attentifs à la peine de F qui a vécu récemment le départ d'un professeur. On cherche à ouvrir la discussion sur le sens des pertes même si cela n'a pas beaucoup de suite dans l'immédiat. Toujours à la même soirée, une question du jeu Capitaine moi-même demande : « Qu'est-ce que c'est que la culpabilité ? ». Les enfants semblent bien comprendre ce qu'il en est, mais aucun lien n'est fait pour l'instant avec le suicide de l'être proche. On peut penser que cela s'inscrit dans une stratégie de ne pas brusquer les choses au tout début du programme. Dans le jeu du Capitaine moi-même, le thème de la série « Lien avec la personne décédée » (carte #23 : « Y-a-t-il quelque chose que tu n'as pas bien compris? ») était assez large pour permettre une multitude de questions de tous les enfants. Ainsi en est-il de concepts plus compliqués pour les enfants. « Qu'est-ce que la paranoïa (...et comment ma mère l'a-elle attrapée)? », demande C et « Qu'est-ce que l'alcoolisme? », demande B. Sur le thème plus délicat des croyances religieuses de chacun, un enfant demande : « Pourquoi l'eau bénite au salon funéraire? ». Dans ce dernier cas, on rappelle que certaines gens ont des croyances religieuses qui incluent de telles pratiques et que cela doit accompagner la personne décédée. On en vient à dire que c'est « comme un timbre sur une enveloppe » et le petit F ajoute : « une grosse enveloppe » (ce qui fait rire tout le monde). Encore là, le déroulement du programme favorise une saine perception de la réalité (les choses sont nommées clairement) tout en permettant aux enfants de s'évader encore dans le jeu et la fantaisie. De tels exercices semblent donc confirmer la nécessité de conserver un volet éducatif dans le programme et, de ce fait, dans la théorie du programme elle-même (#7).

Enfin, à la rencontre #11 notamment, les enfants sont amenés à conscientiser leur peine et à la normaliser : « C'est normal d'avoir mal et d'avoir de la peine... » « De quoi d'autres voulez-vous vous libérer ? ».

C2. Expliquer et interpréter les caractéristiques de la mort, dont l'irréversibilité et l'universalité (démystifier le deuil)

Lors de la soirée #2, il était prévu que le travail avec la musique du Carnaval des animaux aboutisse sur des aspects du deuil et de la mort. Or, très peu d'enfants ont parlé d'émotion et presque rien n'a été abordé par rapport au deuil et à la mort. Lors de la rencontre après le groupe, l'un des trois intervenants a soulevé cette lacune. Il semble qu'il ait été pressé dans le temps et que le groupe n'était pas encore assez à l'aise à en parler. Par ailleurs, lors de l'échange parents-enfants, les jeunes sont confrontés au propos des adultes, alors que certains expriment leurs impuissances face à l'irréversibilité de la situation. Les enfants écoutent, mais on ne sait pas s'ils intègrent cette information.

On observe ici l'utilisation très judicieuse, entre autres activités, de l'histoire de Chiboukayo. L'histoire contient beaucoup de descriptions des caractéristiques de la mort (p. ex. immobilité) et ceci dans des termes faciles et concrets. Les enfants s'expriment bien là-dessus. Ils amènent des éléments (p. ex., fantômes, âme, tunnel, couleur blanche, etc.) qui sont renommés ensuite par l'intervenant, avec beaucoup de respect, en termes de faits ou de croyances. Pour ce qui est des croyances qui peuvent varier d'une famille à l'autre, les intervenants ajoutent simplement : « là-dessus, on ne sait pas » (#4). Les intervenants normalisent la peine éprouvée par les enfants et, à l'occasion d'un coup de tonnerre inattendu pendant la soirée, ils normalisent aussi un phénomène comme la peur. Un enfant dit alors, à propos du tonnerre, que c'est dieu qui joue au bowling dans le ciel. Plus tard, un enfant dit que c'est plutôt son propre père qui est en train de jouer, son père qui était un amateur de bowling. F dit que c'est son père qui continue à faire des remorquages dans le ciel et, finalement, les enfants rigolent ensemble après avoir surmonté leurs peurs. Les enfants sont donc confrontés encore une fois à la réalité, mais il leur est quand même possible de s'évader encore dans des fantaisies (#4).

Par ailleurs, lors de la soirée #11, le rituel associé à la mise à feu de la lettre et le non retour du proche décédé par suicide amène une compréhension avancée des caractéristiques de la mort dont l'irréversibilité.

C3. Expliquer et interpréter les comportements, émotions et cognitions associés au deuil

La soirée #2 est consacrée aux émotions. On identifie certaines d'entre elles à l'aide de dessins, de mimique, d'échange... On aborde un peu des comportements comme « bouder », « se refermer » etc. Encore une fois, l'effort des intervenants est exemplaire, quoique le travail ne parvient pas à faire un lien solide entre ces affects et le deuil.

À la soirée #3, une question placée dans la boîte aux questions, laquelle est spécifique aux émotions (« Comment on fait pour arrêter de pleurer ? »), amène une normalisation appropriée de la part de l'intervenant. À cette étape-ci, les intervenants expliquent et normalisent des comportements, émotions et cognitions, mais pas nécessairement en lien avec le deuil. Alors que E exprime que c'est comme si son « cœur renforce » parfois, beaucoup de ré-assurance sont utilisées par les intervenants, notamment sur le fait d'avoir de la peine ou d'avoir des symptômes physiques (#4). Beaucoup de techniques de type C3 sont utilisées à la soirée #7.

D1. Faire communiquer enfants-enfants et enfants-parents

À la soirée #2, les enfants sont invités à s'asseoir en rond sur des coussins. Les intervenants facilitent et favorisent la communication entre les jeunes : « C'est important pour toi d'en parler... ». « Et toi G... ». Par ailleurs, le jeu du Capitaine moi-même suscite encore une fois beaucoup d'échanges entre les jeunes. Il semble que le jeu suscite beaucoup la communication par une façon détournée, agréable et très utile. Le travail effectué pour le dessin apporte des échanges intéressants, mais uniquement pour le groupe de filles. La soirée se termine par des échanges intéressants entre enfants-parents.

Déjà à la soirée #3, on observe qu'il y a beaucoup de communication dans le groupe. Les enfants communiquent spontanément à cette troisième rencontre. Ils s'interpellent, même en dehors du jeu du Capitaine moi-même (où c'est déjà la règle d'aider un enfant qui ne peut répondre à une question). Par exemple, à l'activité 4 réalisée en sous-groupe (question portant sur « ce qui leur manque le plus »), un enfant demande à A pourquoi elle ne fait plus maintenant, avec sa mère, les jeux amusants qu'elle faisait avec son père décédé. On observe que les enfants s'interpellent tous poliment et parfois même avec une certaine affection (par exemple : F par rapport à D; E par rapport à A).

À la soirée #7, il est de plus en plus évident, autant pour les intervenants que pour l'évaluateur, que E (un garçon) et A (une fille), plus adolescents que les autres peut-être, manifestent beaucoup d'intérêt l'un pour l'autre. Cette manifestation évidente de la force de la vie chez des enfants pourtant frappés par la mort est rassurante à certains égards. Quant aux deux plus jeunes garçons (F et D), ils s'étaient rapprochés dès les premières rencontres, peut-être parce qu'ils se sentaient différents des plus vieux. Dans ce dernier cas, il semble que les intervenants ont favorisé cela, notamment en les plaçant ensemble lors de la formation des petits groupes de travail.

Comme toujours, en fin de soirée, les enfants veulent tous être choisis pour aller chercher les parents qui attendent à l'extérieur. Il semble donc évident que les enfants sont contents de retrouver la sécurité familiale après les explorations qu'ils ont faites pendant la soirée (surtout lors de la soirée #4). Les enfants et l'intervenant (plus particulièrement) expliquent ensuite aux parents le cheminement qui s'est fait pendant la soirée. On peut penser que cela va stimuler les discussions subséquentes entre parents et enfants. Cependant, encore une fois, il n'y a pas beaucoup de communications enfants-parents à la soirée (#7). La rencontre se termine même beaucoup plus tôt, le groupe d'enfants ayant pris de l'avance pendant la soirée, mais les parents n'ayant pas non plus de questions à poser. L'atteinte de cet objectif spécifique de communication n'est donc pas évident pour l'évaluateur de la soirée.

À la soirée #11, il est clair que des dyades se sont formées entre les jeunes (F et D; A et C; E et H). Lors de l'évaluation post-groupe, ces jeunes ont confirmé verbalement ces amitiés. De plus, le jeu du Capitaine moi-même sert encore une fois de prétexte pour amener des échanges, ce qui justifie la recommandation suivante :

Recommandation 9

Que le jeu du *Capitaine moi-même* fasse l'objet d'une utilisation maximale tout au long des rencontres

D2. Faire pratiquer / observer (chez pairs ou personnages des jeux) / imiter habiletés de parole, écriture, dessin

On pratique surtout la parole dans les rencontres et la période de dessin, pourtant bien adaptée à des enfants, est souvent écourtée. Quant à l'écriture, elle est censée avoir été pratiquée dans l'Album souvenir et dans le journal de bord qui est ramené à chaque semaine dans le groupe (#3). Cependant, les enfants les plus jeunes n'écrivent presque rien dans ce journal, sinon rien du tout (#3). Les intervenants sont bien conscients de la situation mais ils ne veulent surtout pas que le journal soit associé à un devoir scolaire, surtout chez les jeunes garçons. Or, même si la formule peut sembler boiteuse parfois, l'objectif de cette activité d'auto dévoilement n'en est pourtant pas moins très valable et important. Il permet notamment la continuité entre les rencontres et amène aux intervenants du matériel autrement non accessible. Dans ce contexte, la formule elle-même pourrait être améliorée en y ajoutant plus d'attrait visuel (plus de couleur), des dessins à colorier, des phrases à compléter, des personnages à coller, des bandes dessinées dont il faut compléter les bulles...

Recommandation 10

Que le format du journal de bord soit bonifié pour permettre plusieurs formes d'expression adaptées aux plus jeunes

À la soirée #2, un intervenant mime certaines émotions devant les jeunes et les parents. Les enfants prennent plaisir à les identifier et les parents entrent dans le jeu. Les filles utilisent plus les différents médiums pour s'exprimer, que ce soit par la parole, l'écriture et le dessin. Les garçons semblent privilégier les activités spéciales (qui réfèrent souvent à des activités physiques) pour s'exprimer. G demeure très peu loquace et les deux plus jeunes préfèrent le dessin à la parole pour s'exprimer.

En début de soirée (#3), les intervenants ont répondu à deux questions placées la semaine précédente dans la boîte prévue à cet effet. Ils ont félicité les enfants qui avaient écrit anonymement ces questions (« Très très bonnes questions ») et encouragé fortement les autres à le faire. Une question était d'ordre général : « À quoi ressembleront les prochains cours? » mais l'autre était plus spécifique aux émotions : « Comment on fait pour arrêter de pleurer? ». Cette question amène une normalisation de la part de l'intervenant (sur ce point, voir aussi l'élément C3) puis l'identification d'une série d'outils par les enfants (voir F4).

À la soirée #4, on pratique de nouveau essentiellement la parole. La période planifiée pour le dessin est respectée mais l'exercice n'est peut-être pas efficace. Ici, les enfants rendent bien compte de la visualisation qu'ils se font de l'histoire de Chiboukayo : généralement un dessin d'un bateau sur l'eau. Les enfants s'approprient donc l'histoire. Cependant, peu d'émotions sont exprimées à cette occasion, même lorsque les enfants expliquent leur dessin devant le groupe. Quant à l'écriture, elle n'a pas non plus été pratiquée beaucoup dans le cahier de bord de la semaine. Les intervenant n'insistent

cependant pas sur ce non-respect des consignes puisque, de toute façon, les enfants ont bien compris le principe d'identifier des journées ensoleillées, nuageuses, orageuses... et ils rapportent verbalement ces événements en groupe. L'objectif semble donc atteint mais sans passer par le journal de bord.

Comme mentionné en A1, c'est finalement le mime qui, à la soirée #4, permettra de faire débloquer une situation où les enfants n'avaient rien à répondre avec le médium de la parole. L'utilisation du mime était d'ailleurs particulièrement bien adaptée à un jeune comme D. La consigne était de mimer une émotion mais il dit qu'il a « mimé la mort » (donc un événement). Malgré une certaine confusion (légitime à son âge), D finit par ajouter que la pensée de la mort lui amène de la peine. Il rajoute aussi: « D'habitude je le dis jamais », ce qui démontrerait donc l'efficacité de la technique.

À la soirée #7, la pratique du dessin permet notamment à G, si peu volubile depuis le début du programme, d'exprimer enfin certaines émotions. Il faut savoir, au passage, que G est fils d'immigrants non francophones. Néanmoins, son dessin est plus évolué que celui des deux autres du sous-groupe auquel il est rattaché ce soir-là. L'intervenant lui fait remarquer qu'il a interprété la consigne du dessin à un deuxième niveau. En fait, plutôt que de dessiner les « mauvaises choses ou émotions qui allaient plus tard être jetées sur l'Île du bon débarras », il a dessiné un sac de vidanges où étaient identifiés des déchets apparentés à des mauvaises émotions. Exceptionnellement dans le cadre de ce programme, un autre enfant s'est alors permis de rire de son dessin. L'intervenant a judicieusement repris l'enfant fautif et lui a demandé de s'excuser. À la fin de la soirée, G a été félicité pour ses progrès devant tous (incluant les parents).

Au cours de la soirée #11, comme pour tous les autres rencontres évaluées, les jeunes s'observent beaucoup entre eux. Ils sont très attentifs aux comportements non verbaux et verbaux de leurs pairs et de leurs parents. En outre, l'écriture de la lettre, semble avoir été réussie. Les intervenants aideront les enfants qui écrivent peu et ils encouragent les jeunes à s'exprimer par écrit. Au besoin, certains jeunes ajoutent des dessins à leurs lettres.

D3. Faire signer contrat de non-suicide (et de demande éventuelle d'aide à un adulte)

Tel que noté plus haut, des interventions du type D3 n'ont jamais été observées ni notées quantitativement ou qualitativement lors des cinq rencontres ciblées.

E1. Faire vivre et exprimer des émotions /observer / imiter pairs ou personnages

À la soirée #2, l'histoire du Carnaval des animaux n'arrive pas vraiment à bien faire vivre des émotions aux jeunes. Il faut dire qu'il ne s'agit que de la deuxième rencontre. Par contre, le jeu du Capitaine moi-même fait beaucoup parler les jeunes : « Qu'est-ce qui te rend malheureux ? » « De quoi as-tu peur ? » « Qu'est-ce qui te fait de la peine ? »... En outre, les commentaires des parents sont élogieux à la fin : « Ça fait du bien de parler avec nos jeunes des émotions »... « On arrive enfin à pouvoir mettre en mots ensemble ce qu'on vit »... Un autre ajoute : « On se rend compte qu'il vit des choses semblables intérieurement ! ».

Comme mentionné plus haut en A1, l'intervenant a saisi l'occasion d'une question dans le jeu du Capitaine moi-même pour amener A à préciser sa peur, qui s'est avérée être la peur de la mort, plus précisément de se suicider elle-même (#3).

On observe (#3) que des cartes du jeu comme « Qu'est-ce qui te rend heureux ? » permettent l'expression de réponses positives comme : « Être en vie » ou « Voir ma mère heureuse ». À la même soirée, l'activité 4 permet d'exprimer beaucoup d'émotions heureuses par rapport au passé et de les observer aussi chez les autres. Les enfants sont curieux de ce que les autres ont vécu. Ils cherchent à s'identifier en trouvant des liens qui peuvent les unir (en exagérant parfois peut-être...). Ainsi, deux enfants disent que, plus jeunes, ils chantaient la chanson de Cailloux avec un accent anglais, ce qui faisait rire les autres dans leur école.

Beaucoup de ré-assurance et de normalisations sont utilisées face aux peurs exprimées. L'intervenant ré-assure aussi B qui, personnellement, aurait eu une hallucination auditive lors d'un voyage récent. E en profite pour rapporter que son propre frère a vécu quelque chose de semblable. La discussion ne s'éternise pas trop en groupe sur ces phénomènes inhabituels et les deux enfants sont alors invités à en reparler en rencontres individuelles (#4).

À la soirée #7, le dessin permet effectivement aux enfants d'exprimer les émotions les plus difficiles. Un enfant a ainsi écrit au bas de son dessin « J'ai voulu me suicider », ce qui exprime bien l'importance des messages qui peuvent être transmis par ce médium.

La soirée #11 est propice aux émotions. Les enfants en ont gros à dire au début et les intervenants doivent même limiter le temps. Chaque enfant lève la main avant de parler. Le jeu du Capitaine moi-même est encore une fois un bon prétexte pour faire parler les jeunes. À la question : « Qu'est-ce que tu dirais à ton père décédé, A répond : « Je lui dirais que je l'aime et que je ne l'oublierai jamais ». D'autres jeunes s'exclament ; « Moi aussi, moi aussi ! ». Un intervenant s'exprime et dit que c'est touchant. L'évaluateur est très touché aussi. Un peu plus tard, une carte est pigée et l'intervenant lit : « Que ferais-tu avec un tapis magique ? ». D, le plus jeune, répond : « J'irais visiter mon père car je m'ennuie de lui... ». Par ailleurs le rituel de brûler la lettre est émouvant. Un grand silence et une compassion entre tous est palpable. Lors de l'exercice du retour, certains enfants disent avoir exprimé leur peine.

F1. Faire conscientiser l'enfant à la perte (faire des associations / favoriser la symbolisation et la métaphorisation)

La soirée #2 est propice à des échanges très concrets qui permettent peu la symbolisation et la métaphorisation. Par contre, l'échange enfants-parents amène chacun à prendre, tant soit peu, conscience, des émotions entourant la perte.

Les questions du jeu Capitaine moi-même facilitent encore ici certains dévoilements. À la question : « Qu'est-ce que tu veux changer dans ta vie? », un enfant répond « Ramener mon père » et tous l'appuient (#3). Le jeu permet effectivement aux enfants de comprendre certaines choses. Ainsi, en début de soirée (#3), à la question « Comment on fait pour arrêter de pleurer? », l'intervenant incite les enfants à repenser à ce qui s'est passé dans les îles du jeu du Capitaine moi-même.

Le cahier de bord, même s'il n'avait pas été bien complété par les deux plus jeunes enfants, permet idéalement d'identifier les journées de soleil, de nuage et de tempête. Le plus jeune (D), qui ne sait pas écrire beaucoup, s'appliquait vraiment à faire un beau soleil pour la journée exceptionnelle qu'il avait vécue (« une merveille » disait-il) (#3). En petit groupe, D a cependant de la difficulté à suivre et il a hâte de retourner jouer au jeu du Capitaine moi-même (qui est déjà placé tout près). Il est souvent rappelé à l'ordre. Finalement, l'intervenant lui permet de parler du jeu. Il imagine que, dans le jeu, il pourrait y avoir un lutin mais que celui-ci se ferait écraser par le glacier (ou le Titanic) déjà représenté par une pièce du jeu. L'intervenant, peut-être accaparé par un souci de contrôle de l'activité, ne donne cependant pas suite à cet élément hors d'ordre (#3). Règle générale, le jeu du Capitaine moi-même permet beaucoup de symbolisations : « zone désertique, tempête ». À propos d'un autre symbole, le coffre à outil, l'intervenant demande : « Si tu le prends dans un sens plus large? » Une carte demande : « Qu'est-ce que tu ferais avec un tapis magique? » et C répond : « Je volerais pour aller rejoindre ma mère ». Les intervenants ne précisent cependant pas que cela est impossible (ce qui aurait été une intervention de type C2 reliée à l'irréversibilité de la mort). Comme précisé en A1, l'exercice 3, soit celui réalisé avec l'écoute du Carnaval des animaux, n'est pas atteint. La métaphore des deux escargots n'est pas exploitée comme il faut et le lien père-fils sous-jacent n'est pas précisé (#3).

À la soirée #4, les enfants comprennent très bien la symbolique du Cercle des amis (voir notes en A1) par rapport à l'unité et l'identité du groupe. Ici, c'est l'histoire de Chiboukayo qui sert à la symbolisation et la métaphorisation.

La soirée #11 est une très bonne rencontre pour conscientiser les enfants à la perte. Le rituel de la lettre est très libérateur. A et C expriment leur colère face au défunt. H fait de bons insights entre ses émotions et sa marraine décédée par suicide. F s'ouvre sur ce qu'il ressent et B se rapproche de sa mère face à la situation.

F2. Faire intérioriser la présence du défunt dans la nouvelle réalité de l'enfant

La soirée #2 ne permet pas vraiment un travail à ce niveau. Les enfants et les parents sont au stade d'identifier ce qu'ils vivent.

À la question du jeu du Capitaine moi-même « Qu'est-ce qui a changé dans ta vie depuis le décès? », une fille répond « Ma mère était toujours chaude et maintenant c'est moi qui suis chaude ». Plus tard, elle redira en grand groupe qu'elle aimait dormir avec sa mère et les intervenants en profitent pour normaliser cela (#3).

L'activité 4 (de la soirée #3) permet beaucoup d'identifier des caractéristiques du défunt et de s'y identifier. Les dessins permettent aussi cela. A explique qu'elle a fini par comprendre les trucs de son père aux échecs et qu'elle les a assimilés. En fin de soirée, en présence cette fois des parents, les intervenants insistent beaucoup sur cet aspect de la soirée. Par exemple, l'intervenant relance E sur les qualités professionnelles de son père décédé et sur le fait que lui aussi serait bon dans ce domaine. Par contre, certaines caractéristiques de l'être décédé ne sont pas nécessairement admirées par l'enfant. Ainsi, à l'occasion du jeu du Capitaine moi-même, un enfant identifie des caractéristiques physiques de son père mais aussi une certaine violence (#3).

À la soirée #7, les intervenants continuent de récupérer, de chacun des enfants, une photo du proche disparu, ceci pour l'inclure dans l'album souvenir. Plus tard en soirée, on répètera cette consigne mais cette fois en présence des parents. Enfants et parents ne manifestent pas de résistance. Hors du groupe, les intervenants expliquent à l'évaluateur que cet exercice a permis à un enfant de récupérer une photo ignorée que seule sa mère conservait en secret. Il semble donc que l'exercice a eu un effet même à la maison, forçant le bris de quelques tabous familiaux.

L'exercice (soirée #11) de mettre à feu les lettres a été très salutaire. Plusieurs enfants disent avoir mis tout le mauvais de cette lettre et vouloir maintenant avancer dans la vie... Les intervenants feront et referont les liens entre cette perte et l'importance de faire une nouvelle place dans leur cœur à la personne décédée. Les enfants et les parents « embarquent » vraiment dans ces interventions.

F3. Faire identifier / nommer liens entre événements-pensées-émotions et corriger distorsions cognitives

La soirée #2 permet certains liens entre des situations X et des émotions Y. Reste que tout l'aspect associé à la cognition est évacué, et probablement avec raison. En effet, il est déjà très difficile pour les intervenants de faire réaliser aux enfants la nature de leurs émotions en fonction de certains événements.

Les intervenants posent souvent des questions du type : « Qu'est ce que ça te fait? », « Pourquoi ça fait du bien? », alors que les enfants parlent d'un objet ou d'un comportement dans la boîte à outils. Comme mentionné précédemment, l'intervenant a permis à A d'identifier la peur de se suicider elle-même. Une « activité spéciale » du jeu du Capitaine moi-même demande de mimer « l'émotion d'être heureux » et les enfants y participent beaucoup. Un intervenant demande « Qu'est-ce que cela vous fait de parler de lui, de s'en souvenir? » et la réponse des enfants est : « Cela fait du bien » (#3).

À la soirée #7, le jeu du Capitaine moi-même permet à B d'exprimer que, lorsqu'elle se chicane, elle pleure, et, par le fait même, elle pense à son père. Les intervenants paraphrasent mais n'insistent pas trop (on sait que certains événements seront repris en rencontre individuelle). Une question portant sur le salon funéraire a permis aux enfants de commenter certaines situations qu'ils y ont vécues. « On a tous pleuré sauf ma soeur

de 3 ans », dit l'un, ce qui amène une courte explication sur le jeune âge de sa sœur et sa capacité de compréhension. Un autre enfant rapporte une dispute survenue au salon où il a entendu que le suicide avait été causé par quelqu'un d'autre dans la famille. Les intervenants l'amènent alors à préciser l'émotion qu'il a alors vécue (en lien avec la culpabilité).

Dans un des rares exercices d'écriture qui a été observé (en sous-groupe), l'exercice consiste d'abord à écrire les émotions les plus difficiles qu'ils ont connues. L'exercice (tout comme le dessin qui doit suivre) est fait en silence. H écrit : la crainte, la peur, la peine. A une sous-question subséquente, il dit que c'est la crainte qui est la pire émotion. L'intervenant lui demande la différence entre la crainte et la peur mais il ne lui laisse pas assez de temps pour s'expliquer. L'intervenant impose finalement l'idée que la crainte est plus de l'anxiété. Néanmoins, H dit que ces émotions difficiles font que « son cœur bat vite » et qu'il n'aime pas cela. C'est aussi H qui dira plus tard que les émotions se devinent sur les visages et l'intervenant, cette fois avec plus de sensibilité, l'encouragera à en faire la démonstration. C, quant à elle, identifie la tristesse et la peur parmi les émotions difficiles, la tristesse étant la pire. Elle est cependant un peu dissipée ce soir et on lui reflètera plus tard, lors du dépôt des dessins dans la « valise du bon débarras », que ce qu'il y a sur son dessin ne correspond pas à son visage enjoué. G identifie la tristesse mais il dit qu'il ne sait pas pourquoi. Son dessin sera cependant, plus tard, très élaboré (tel que rapporté plus haut) (#7).

F4. Faire pratiquer la résolution de problèmes / observer / imiter pairs ou personnages de jeu

Tout au long de la soirée #2, il est souvent question de « Quoi faire avec ses émotions ? ». Les jeunes et les parents arriveront à la fin de la soirée à identifier plusieurs moyens pour composer avec leurs émotions.

Beaucoup d'importance est accordée au coffre à outils dès le début de la soirée et on en renforce l'utilisation. Par ailleurs, les intervenants, de façon très habile, laissent les enfants les identifier eux-mêmes. Les intervenants retournent les questions au groupe et ils laissent les enfants générer eux-mêmes, ensemble, les pistes de solutions. Les intervenants suggèrent quand même parfois des alternatives. Alors que E dit qu'il « crie dans son oreiller » pour ne pas pleurer, l'intervenant respecte d'abord sa particularité et, tout de suite après, lui suggère une alternative plus joyeuse et conforme aux habiletés qu'il lui connaît : « Est-ce que tu pourrais aussi chanter? ». Les intervenants posent également des questions, et ceci avec beaucoup de respect, sur l'efficacité des trucs que les enfants ont trouvés (#3).

À la soirée #4, beaucoup moins de techniques de ce type (F4) sont utilisées que dans la rencontre précédente. Par exemple, les intervenants font moins allusion ce soir au coffre à outils. Néanmoins, on observe que le groupe est mis à contribution pour aider H. Celui-ci « s'est fait écoeurer en classe » (en fait, on a raconté une rumeur sur lui). A, notamment, suggère : « Soit que la rumeur est vraie, soit qu'elle est fausse. La réaction doit être différente dans chaque cas ». L'intervenant reformule souvent et répète que c'est une soirée difficile mais qu'il vaut mieux parler de tout cela pour permettre à la peine de sortir : « Il y en aura moins après » (mais, à prime abord, les enfants ne semblent pas toujours convaincus).

En sous-groupe (soirée #7), les deux plus jeunes enfants racontent leur semaine. F a été puni à l'école parce qu'il a donné des coups de pied. L'intervenant les implique tous les deux dans l'énumération des outils que nous pouvons utiliser dans de tels cas au lieu de se mettre en colère. Règle générale, les intervenants restent ouverts à toutes sortes d'outils suggérés par les enfants. Ce soir-là, une fille très imaginative dit que, pour être moins malheureuse, elle écrit sa peine dans un dessin et qu'elle le met ensuite dans l'eau. Le lendemain, l'encre est disparu (et la peine aussi...). L'intervenant explique aussi, à l'occasion d'une question portant sur l'alcoolisme, que c'est un outil utilisé par certains mais que c'est un « faux moyen : cela ne règle pas vraiment les problèmes ». En même temps, l'intervenant précise aux enfants que certains boivent raisonnablement et qu'ils n'ont pas ce problème. Un enfant ajoute également de lui-même que l'alcool est un « déprimeur » (!!!). Il semble donc qu'il s'agit là d'un thème dont les enfants sont

préoccupés, et même qu'ils possèdent un certain vocabulaire connexe... En fin de soirée (#7), l'exercice de la remise des dessins dans la « valise du bon débarras » est un peu manqué. Les enfants sont dissipés et très peu veulent expliquer, en regard de la consigne qui avait été donnée, ce qu'il y avait sur leur dessin. L'intervenant doit rappeler, sans trop de succès, qu'il faut faire cet exercice « de façon solennelle ». E, très rationnel, met en doute le processus symbolique qui est censé permettre d'évacuer les mauvaises émotions. « Peut-être que ça va pas marcher », admet-il finalement. L'intervenant répond que ça marchera peut-être pas pour toutes les émotions, mais qu'il y en aura moins.

À la soirée #11, le jeu du Capitaine moi-même amène à pratiquer la résolution de problème. Par exemple, à la question : « Qu'est-ce qu'un coffre à outil ? », A répond : « Ce sont différents moyens pour nous aider lorsqu'on a des problème ».

C. Évaluation globale des interventions

S'il est avéré que ce programme a une certaine efficacité (voir le chapitre suivant), il faut voir que la description qui vient d'être faite ici correspondrait alors aux éléments agissants pour produire cette efficacité. Ce constat aurait une incidence en termes de répétition ou de reproduction du programme dans d'autres milieux mais aussi en termes de formation des intervenants. Dans ce dernier cas, par exemple, cela pourrait signifier de former de façon plus intensive les intervenants sur des interventions comme : A1 (Mettre en relation...), B1 (Entourer l'enfant...), D1 (faire communiquer...) E1 (Faire vivre et exprimer...) et F1 (Faire conscientiser...).

L'importance de ces cinq catégories, mais aussi l'importance toute relative des autres (voir les scores moyens établis au Tableau 2) permettrait aussi une certaine pondération des 13 types d'interventions déjà identifiés dans la théorie du processus (voir Appendice B). Cela n'invaliderait pas ce modèle mais permettrait plutôt d'aller au delà de la simplification graphique qui a été nécessaire pour sa démonstration. Des éléments ne devraient pas être retranchés du modèle mais, si l'on tient à en conserver une représentation graphique, la pondération des différents éléments pourrait y être illustrée par des caractères différents ou, mieux, par des intensités différentes d'arrière-plan.

Globalement, l'évaluation du processus qui a été présentée plus haut démontre donc une grande qualité générale des interventions, ne serait-ce qu'au niveau des caractéristiques d'authenticité, de présence, d'écoute et d'empathie chez les intervenants. Plus

techniquement, il faut dire que le manuel d'intervention est construit avec une rigueur et avec un souci d'intervenir sur des points cruciaux. Par la suite, les intervenants s'appliquent justement à bien réaliser les interventions prévues. Le travail fait en dehors des rencontres, en terme notamment de supervision, d'autocritique, d'analyse des dossiers individuels et de planification des soirées rend aussi compte du professionnalisme et de la motivation de l'équipe d'intervenants. Certes, quelques faiblesses ont été mentionnées au passage mais l'ensemble est relativement exemplaire.

D. Évaluation des réactions des enfants et des changements en cours

Cette section présente des observations faites tout au long de l'observation du processus d'intervention mais qui concernent, non pas les interventions elles-mêmes, mais le cheminement des enfants. De telles observations immédiates, peut-être anecdotiques et faites de façon moins méthodique, n'en témoignent pas moins des changements en cours chez les enfants, pendant leur participation au programme, et ceci sous un aspect plus qualitatif. Certes, ces changements peuvent n'être que passagers et, en cela, l'évaluation finale des enfants (voir le chapitre suivant sur les différences observées entre le pré et le post-test) est peut-être plus rigoureuse et concluante.

Effectivement, des changements positifs sont déjà en cours dès les premières rencontres du groupe, comme l'ont d'ailleurs rappelé eux-mêmes certains parents. Selon eux, cela s'observerait au niveau de certains symptômes. Les évaluateurs, quant à eux, ont noté une progression continue du groupe. Par exemple, en ce qui concerne la capacité de réinvestir socialement et affectivement, il a été rapporté plus haut que des dyades se formaient progressivement dans le groupe. Les plus jeunes apprenaient aussi à prendre leur place dans le groupe, adoptant même des comportements présentés comme modèles pour les autres. Un garçon très renfermé au début réussissait aussi à s'exprimer à sa manière dans les rencontres ultérieures. Dans l'ensemble les évaluateurs constataient donc un cheminement positif dans le groupe, laissant présager un bilan intéressant en fin de programme.

Il faut toutefois mentionner que, pour ce qui est spécifiquement de la communication parent-enfant, il n'est pas du tout évident qu'elle soit améliorée par l'activité de retrouvaille en fin de chaque soirée. C'est peut-être là le moment le moins fort des soirées qui ont été observées. Néanmoins, cette activité doit probablement être conservée pour diverses raisons stratégiques, ne serait-ce que parce que les enfants doivent être ramenés de façon sécuritaire et encadrante chez eux.

7. ÉVALUATION DES EFFETS D'INTERVENTION

A. Résultats de changement pour l'ensemble du groupe

Sur les huit enfants participants, un jeune (G) n'est pas venu à deux rendez-vous fixés pour le post-test. Ainsi les résultats qui suivent ne sont basés que sur sept jeunes (voir Tableau 3). Sur le plan des aptitudes et habiletés émotionnelles, l'ensemble des jeunes présente dès le départ des qualités et des dispositions individuelles dans la moyenne. Ainsi, il semble que ces jeunes soient déjà pourvus d'une intelligence émotionnelle qui les aide à affronter les événements de la vie. Lorsqu'on observe au post-test les changements opérés à ce niveau, toutes les dimensions du test augmentent dans le bon sens et le score total passe de l'intensité « moyenne » à « élevée ». En outre, les deux dimensions qui augmentent le plus sont celles liées aux dimensions « intrapersonnel » (capacité à reconnaître et comprendre les émotions en vue de les exprimer) et « interpersonnel » (capacité à entretenir des relations mutuellement satisfaisante et s'ouvrir aux autres).

En ce qui a trait aux troubles émotionnels et sociaux, les cinq dimensions évaluées au départ sont dans la moyenne. Pour le post-test, les jeunes améliorent leur estime de soi, passant d'un score « moyen » à un score « élevé ». L'anxiété, la dépression et les comportements perturbateurs diminuent, et ce, avec un pourcentage de changement assez élevé. En outre, l'intensité de la colère augmente mais le pourcentage de changement est toutefois faible.

Pour le nombre de symptômes liés au deuil, il est intéressant de noter que sur 40 items, l'ensemble des jeunes manifestent en moyenne 24 symptômes avant le groupe. Après le groupe, le nombre de symptômes enregistré était de 17, avec un pourcentage de changement de 30.

Enfin, sur un score maximal de 18, les jeunes obtiennent d'abord en moyenne 13 à l'*Échelle d'espoir*. Ce score s'accroît à 15 après le groupe, avec un pourcentage de changement de 15.

Tableau 3
Scores pour l'ensemble du groupe

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	99,14 (40,78)	105,43 (42,08)	6,34
Interpersonnel ²	95,14 (13,65)	104,38 (9,67)	9,71
Gestion du stress	97,57 (8,32)	101,71 (9,84)	4,24
Adaptabilité	99,57 (16,50)	104,00 (12,58)	4,45
Humeur générale	102,42 (11,12)	105,57 (8,34)	3,08
Total	102,57 (10,20)	111,86 (6,09)	9,01
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	50,57 (8,89)	56,86 (5,87)	12,44
Anxiété ⁴	49,14 (7,51)	42,43 (6,60)	13,65
Dépression ⁴	48,86 (11,19)	43,00 (8,10)	11,99
Colère ⁴	41,57 (5,94)	44,86 (11,04)	3,29
Comportements perturbateurs ⁴	45,29 (7,04)	40,57 (4,50)	10,42
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	23,71 (8,40)	16,71 (8,56)	29,52
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	13,57 (2,99)	15,14 (2,34)	11,57
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	12,43 (3,51)	14,71 (2,63)	18,58
Total	13,00 (3,25)	14,93 (6,29)	14,85

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $[(\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}] \times 100$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

B. Résultats de changement pour chaque participant

Tableau 4
Scores du participant A

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	129	125	3
Interpersonnel ²	86	94	9
Gestion du stress	87	89	2
Adaptabilité	68	93	37
Humeur générale	110	112	2
Total	90	101	12
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	36	52	44
Anxiété ⁴	61	53	13
Dépression ⁴	72	59	18
Colère ⁴	45	67	48
Comportements perturbateurs ⁴	52	50	4
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	18	17	6
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	12	14	17
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	9	15	67
Total	10,5	14,5	38,1

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $(((\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}) \times 100)$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

Au pré-test, A présentait des problèmes d'anxiété généralisée, des troubles oppositionnels avec provocation et des troubles d'inattention/hyperactivité/impulsivité. Ce tableau clinique fut validé par la mère à l'évaluation initiale. En effet, la mère rapportait que, depuis le décès de son mari il y a 3 ans (père de A), sa fille s'était refermée et devenue agressive envers les autres. De plus, même si le père avait des problèmes de santé mentale (troubles de l'humeur et alcoolisme), sa fille se sentait fautive et s'étourdissait dans des d'activités de toute sorte. Lorsqu'on examine les résultats au Tableau 4, A s'améliore grandement sur les plans de l'adaptabilité (pourcentage de changement de 37), de l'estime de soi (pourcentage de changement de 44), et de l'espoir (pourcentage de

changement de 38). Cet aspect sera validé en entrevue de post-test par A et sa mère. De plus, A diminue ses symptômes liés à l'anxiété et à la dépression. Toutefois, les symptômes liés au deuil restent presque pareils et la colère augmente de façon non négligeable (pourcentage de changement de 48).

Tableau 5
Scores du participant B

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	117	121	3
Interpersonnel ²	89	105	18
Gestion du stress	98	106	8
Adaptabilité	101	96	5
Humeur générale	92	90	2
Total	105	111	6
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	49	51	4
Anxiété ⁴	49	44	10
Dépression ⁴	50	49	2
Colère ⁴	42	47	12
Comportements perturbateurs ⁴	45	41	9
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	27	23	15
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	8	11	38
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	7	9	29
Total	7,5	10	33,3

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $(((\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}) \times 100)$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

Pour B, le décès de son père était récent, de quelques jours à peine. La relation avec la mère était tendue. Le couple s'était séparé quelques mois auparavant, et ce, après 23 ans de vie commune. B était triste et, selon la mère, « boudait ». Au départ, B obtenait des scores dans la moyenne à l'intelligence émotionnelle, aux troubles émotionnels et sociaux ainsi qu'aux réactions de deuils. Par ailleurs, le score d'espoir est faible. Au post-test, B présente des changements surtout aux habiletés interpersonnelles (augmentation), aux symptômes d'anxiété (diminution) et à l'intensité d'espoir (augmentation). En outre, la colère augmente (pourcentage de changement de 12). À l'entrevue de fin, B affirmait

qu'elle avait plus de moyens pour affronter sa peine, et que, somme toute, elle n'était pas la seule dans sa situation.

Tableau 6
Scores du participant C

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	105	130	24
Interpersonnel ²	89	108	21
Gestion du stress	89	98	10
Adaptabilité	93	93	0
Humeur générale	92	101	10
Total	92	113	23
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	47	56	19
Anxiété ⁴	38	33	13
Dépression ⁴	39	37	5
Colère ⁴	34	34	0
Comportements perturbateurs ⁴	37	37	0
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	9	8	11
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	16	16	0
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	16	16	0
Total	16	16	0

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $[(\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}] \times 100$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

C a perdu sa mère par suicide il y a 3 ans. Dans le passé, elle aurait reçu de l'aide en centre hospitalier pour des cauchemars qu'elle rapportait. À l'évaluation initiale, C verbalise bien et se montre tiraillée lorsqu'on aborde le thème de sa mère. De plus, elle se présente comme une jeune vivant un bien-être et mal-être relativement « moyens », sans réaction de deuil disproportionnée (voir Tableau 6). On note comme changement une amélioration à l'intelligence émotionnelle, aux dimensions « intrapersonnel » (capacité à reconnaître et comprendre les émotions en vue de les exprimer) et « interpersonnel » (capacité à entretenir des relations mutuellement satisfaisante et s'ouvrir aux autres). De même, l'estime de soi a augmenté et les symptômes d'anxiété et de dépression ont diminué. Quant aux réactions de deuil et d'espoir, le programme semble n'avoir eu

presque aucun effet sur elle. À la dernière rencontre, le père dit que sa fille a retrouvé sa paix intérieure d'autrefois. La jeune fille est du même avis.

Tableau 7
Scores du participant D

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	103	110	7
Interpersonnel ²	81	92	14
Gestion du stress	105	111	6
Adaptabilité	112	102	9
Humeur générale	95	104	9
Total	98	108	10
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	57	63	11
Anxiété ⁴	43	38	12
Dépression ⁴	50	38	24
Colère ⁴	37	36	3
Comportements perturbateurs ⁴	40	38	5
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	29	8	72
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	15	18	2
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	14	15	7
Total	14,5	16,5	13,8

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $[(\text{Score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

Il s'agit ici d'un enfant de 6 ans qui aurait perdu son père dans l'année. Au départ, la mère le décrivait comme un garçon fermé, gêné, irritable et ayant plusieurs problèmes physiques (mal de ventre, de tête, etc.). Suite à la première passation des tests, D présentait le profil d'un garçon déprimé avec une capacité interpersonnelle relativement faible et plusieurs réactions de deuil. L'examen des résultats au Tableau 7 montre qu'il a bien évolué sur le premier point (pourcentage de changement de 24), qu'il se relie plus aux autres (pourcentage de changement de 14) et qu'il a fait d'énormes progrès quant à son travail du deuil (pourcentage de changement de 72). Par ailleurs, le niveau d'adaptabilité a quelque peu diminué. Cette donnée est difficilement interprétable. Enfin, l'estime de soi et l'ensemble des autres dimensions associées à l'inventaire des troubles émotionnel et sociaux se sont améliorés. Il en va de même pour l'espoir. Lors de la

rencontre, la mère et l'enfant s'entendaient pour dire qu'il était plus enjoué et plus ouvert aux autres.

Tableau 8
Scores du participant E

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	130	119	8
Interpersonnel ²	107	101	6
Gestion du stress	107	116	8
Adaptabilité	104	104	0
Humeur générale	117	113	3
Total	118	116	2
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	56	60	7
Anxiété ⁴	50	38	24
Dépression ⁴	45	39	13
Colère ⁴	45	41	9
Comportements perturbateurs ⁴	45	41	5
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	20	16	20
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	14	16	14
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	11	16	45
Total	12,5	16	28

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $(((\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}) \times 100)$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

Pour E, la mort du père il y a 2 ans a eu des conséquences importantes. En effet, E avait de la difficulté à se concentrer, s'absentait de l'école et s'inquiétait d'être loin du nid familial ou de sa mère. C'est d'ailleurs quelques temps après l'événement, qu'il débute une médication de « Ritalin » (actuellement, il cote négativement au *Dominique interaction* aux troubles AHDH). Malgré tout, il redoubla l'année scolaire 2004. Lors de l'entrevue initiale, se montrait d'une intelligence émotionnelle élevée (voir Tableau 8). On notait comme symptômes des nausées, des inquiétudes et un isolement, ce qui transparaît dans les scores aux troubles émotionnels et sociaux ainsi qu'au questionnaire des réactions de deuil. Lorsqu'on examine les scores avant et après le groupe, E s'améliore sur les plans des symptômes de l'anxiété (pourcentage de changement de 24), de la dépression (pourcentage de changement de 13) et des symptômes liés au Deuil (pourcentage de changement de 20). Plus encore, le groupe amène chez E beaucoup d'espoir (pourcentage de changement de 28). Par ailleurs, certaines capacités émotionnelles diminuent. Peut-être ce résultat paradoxal s'explique par l'effet plafond ; il avait dès le départ des scores très élevés à l'intelligence émotionnelle. À l'entrevue post-

test, il rapporte avoir aimé le groupe pour ses nouvelles amitiés et l'apprentissage du *Coffre à outils*.

Tableau 9
Scores du participant F

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	99	122	23
Interpersonnel ²	94	110	17
Gestion du stress	105	100	5
Adaptabilité	99	112	13
Humeur générale	96	113	18
Total	103	120	17
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	46	51	11
Anxiété ⁴	48	46	4
Dépression ⁴	39	39	0
Colère ⁴	37	41	11
Comportements perturbateurs ⁴	41	40	2
Questionnaire des réactions de deuil⁵			
	31	32	3
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	13	14	8
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	14	15	7
Total	13,5	14,5	7,41

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $[(\text{Score avant} - \text{score après})/\text{score avant}] \times 100$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

F est un garçon de 10 ans qui a perdu son père au cours de la dernière année. Depuis, sa mère le décrit depuis un enfant renfermé et agité. Les scores obtenus à l'évaluation pré-test et post-test montrent que F s'est amélioré notamment sur le plan de l'intelligence émotionnelle, l'estime de soi et l'espoir. Par ailleurs, la dépression et les réactions de deuil sont presque les mêmes et la colère a augmenté. A la fin des rencontres et à l'entrevue post-test, la mère, dit qu'il est plus calme et le jeune est du même avis.

Tableau 10
Scores du participant H

Indicateurs	Évaluation au pré-test	Évaluation au post-test	Pourcentage ¹ de changement
Inventaire d'intelligence émotionnelle			
Intrapersonnel ²	111	111	0
Interpersonnel ²	120	120	0
Gestion du stress	92	92	0
Adaptabilité	120	128	7
Humeur générale	115	106	8
Total	112	114	2
Inventaire des troubles émotionnels et sociaux			
Estime de soi ³	63	65	3
Anxiété ⁴	55	45	18
Dépression ⁴	47	40	15
Colère ⁴	51	48	6
Comportements perturbateurs ⁴	37	37	0
Questionnaire des réactions de deuil⁵	32	13	59
Échelle d'espoir			
Perception de pouvoir initier et poursuivre un but ⁶	17	17	0
Perception d'avoir la capacité d'atteindre un but ⁷	16	17	6
Total	16,5	17	3,03

¹ Score obtenu aux questionnaires proposés avant et après la thérapie. Le pourcentage de changement correspond au gain : $[(\text{Score avant} - \text{score après}) / \text{score avant}] \times 100$.

² Niveau de scores : 70 <= extrêmement bas; 70-79 = très bas; 80-89 = bas; 90-109 = moyen; 110-119 = élevé; 120-129 = très élevé; 130 et plus = extrêmement élevé.

³ Niveau de scores : T <= 40 très en bas de la moyenne; T = 40-44 en bas de la moyenne; T = 45-55 moyenne; T >= 55 en haut de la moyenne.

⁴ Niveau de scores : T < 55 moyenne; T = 55-59 légèrement élevé; T = 60-69 modérément élevé; T >= 70 Très élevé.

⁵ Nombre maximum de manifestations = 40

⁶ Items 1, 3, 5 (max. 18)

⁷ Items 2, 4, 6 (max. 18)

H et un de ses parents se sont adressés à la *Ressource régionale suicide de Laval* à la suite du décès de la sœur de la mère qui s'était suicidée il y a 2 ans. Pour H, le deuil était important, compte tenu qu'il s'agissait de sa marraine. À l'évaluation initiale, un des parents disait que leur fils s'isolait et était triste. Au test (voir Tableau 10), H manifeste plusieurs symptômes de deuil. Les changements sont observés essentiellement à la symptomatologie de l'anxiété, de la dépression et du deuil. Peu de changements sont notés sur les autres variables. Il faut toutefois mettre ces résultats en contexte. Les parents de H, dont le père qui présentait une dynamique agressive envers lui et autrui, se sont séparés au cours du déroulement du groupe. À l'entrevue post-test, H expliquait mieux gérer le décès de sa marraine et « mordre davantage dans la vie ».

C. Synthèse des changements observés

Les résultats quantitatifs relevés aux pré- et post-tests n'ont pas fait l'objet d'analyses statistiques, compte tenu du petit nombre de répondants (N=7 enfants). Le fait qu'il n'y ait pas de groupe de comparaison non-exposé au programme (groupe témoin) empêche également de confirmer que les changements observés sont causés par le programme plutôt que par un processus de deuil habituel. Néanmoins, l'ampleur des résultats observés chez la majorité des enfants, couplée aux fondements théoriques qui relient ici processus et changements, permet de dégager certains constats positifs et négatifs.

Effets positifs

De façon générale, les changements observés suite à ce programme de groupe sont positifs et non négligeables. Les interventions réalisées semblent avoir opéré des changements essentiellement sur la réduction des symptômes liés au deuil et sur le plan de l'espoir. De plus, et dans presque tous les cas individuels, les jeunes en ressortent avec une meilleure estime d'eux-mêmes, moins d'anxiété, moins de dépression et moins de comportements perturbateurs. Dans la moitié des cas, les jeunes développent également de meilleures capacités émotionnelles.

Effets négatifs

L'intensité moyenne de la colère a cependant augmenté chez les enfants, quoique cette augmentation est faible. En fait, c'est chez trois jeunes (dont 2 filles) qu'elle a augmenté. L'augmentation de la colère n'était pas identifiée comme un effet désiré dans la théorie du changement élaborée au point de départ. Ponctuellement, cette colère exprimée pourrait être reliée au fait que le rythme des activités allait parfois trop vite, suscitant chez les jeunes de la frustration et un surplus d'affects. Plus fondamentalement, l'expression de la colère peut surtout s'expliquer ici par le fait qu'un tel programme intensif a le mérite de mettre les jeunes en contact avec toutes leurs émotions, avec le risque de souffrance qui peut y être associée. Certaines émotions sont peut-être plus difficiles à gérer que d'autres et elles nécessitent probablement plus de temps à assimiler.

Cela ne veut cependant pas dire que de telles émotions doivent être étouffées, bien au contraire, mais les cliniciens doivent surveiller plus particulièrement le phénomène. Un devis de recherche plus poussé, avec plan longitudinal, nous informerait d'ailleurs plus sur ce phénomène qui, par ailleurs, ne semble pas avoir affecté les autres sphères de changement chez les trois jeunes.

D'autres éléments négatifs, dont six qui étaient pourtant intégrés dans la théorie du changement, n'ont pas été documentés ici. On pense entre autres à la possibilité d'une perversion des rôles parents-enfants. De tels éléments demeurent préoccupants, au moins au niveau théorique, et ils font partie, par exemple, des réflexions d'une doctorante comme Geneviève Riopel (rencontre du 11 juillet 2003). Dans ce sens, il est possible qu'une approche plus systémique, ou du moins familiale comme à *Suicide-Action Montréal*, mérite attention. L'évaluation actuelle ne permet cependant pas de faire avancer un tel débat.

L'évaluation montre cependant qu'une certaine surprotection s'observerait au niveau de l'empathie que les enfants semblent manifester entre eux. Cet aspect positif au point de départ (augmentation des capacités d'empathie) pourrait être le pendant d'un éventuel effet néfaste : une trop grande préoccupation pour les autres, préoccupation qui n'est pas nécessairement adaptée à l'âge de ces enfants et qui serait génératrice de stress. De la même façon, ce qui semblerait être un effet positif, soit le retour à la progression normale du développement de l'enfant, pourrait aussi cacher l'adoption de comportements (trop adultes) de surprotection au détriment de phases développementales plus saines.

D. Commentaires des enfants et des parents

Comme on peut le constater au Tableau 11, les commentaires des enfants et des parents sont très positifs. Les jeunes ont aimé les intervenants et apprécié notamment les activités du jeu du *Capitaine moi-même* et de la fête. Leurs propos laissent aussi voir qu'ils ont appris des choses et se sentent moins seuls. Sans hésiter, les jeunes recommanderaient le groupe à leurs amis et même un enfant aimerait recommencer le programme. Par ailleurs,

un enfant aurait aimé avoir plus de temps pour parler et un autre relève le côté un peu immature d'un autre enfant. Pour les parents, le groupe est un succès. Encore une fois, les intervenants et le contenu du programme semblent y être pour beaucoup. En outre, la totalité des parents ont noté des changements positifs chez leurs enfants, et ce, tant sur le plan des attitudes que des comportements : « il parle plus, ils est moins isolé, etc. ». Trois éléments seraient à améliorer selon certains parents. Ils ont trouvé le délai (parfois 10 mois) trop long entre la prise de contact initial et le début du groupe. En outre, certains ont questionné l'âge inégal des jeunes dans le groupe mais sans pour autant remettre en question cet aspect. Enfin, deux parents ont souligné les heures tardives des rencontres.

Recommandation 11

Que le délai entre l'inscription et le début du groupe soit écourté

Tableau 11

Commentaires des enfants et parents

Enfant	Parent
<ul style="list-style-type: none"> - J'ai appris à dire mes émotions (2x). - Je sais maintenant que ce n'est pas de ma faute. - Je me suis fait des amis (3x). - J'ai aimé le jeu <i>Capitaine moi-même</i> (4x) - J'ai des idées maintenant pour faire face à ma peine (2x). - Je recommanderais le groupe à mes amis (3x). - J'ai beaucoup aimé les intervenants (4x). - La fête était vraiment bien (3x). - J'aimerais refaire le groupe. - J'ai appris à ne pas aller rejoindre mon père. - Je suis moins triste (2x). - Je comprends mieux la souffrance. - Je sais maintenant que je ne suis pas seul. 	<ul style="list-style-type: none"> - Très aidant pour briser l'isolement (2x). - Mon enfant s'extériorise plus (4x). - Aide à dédramatiser ce qu'on vit. - La compétence des intervenants. - J'ai beaucoup aimé les intervenants (3x). - Expérience très positive (6x). - Mon enfant et moi-même ont cheminé. - Mon enfant est plus calme et moins angoissé (3x). - Mon enfant est redevenu comme avant. - Mon jeune parle enfin (3x). - C'était notre soirée. - Je recommanderais ce programme (4x). - Mon enfant a « débloqué ».
<ul style="list-style-type: none"> - Pas assez de temps pour parler. - Certains étaient un peu bébé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les heures tardives du groupe (2x). - J'aurais aimé qu'il y ait un service de gardiennage. - L'attente avant le début du groupe (2x). - L'âge inégal des enfants (3x).

CONCLUSIONS

L'évaluation présentée ici a d'abord permis d'établir les fondements théoriques du programme de *Thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* offert par la *Ressource régionale suicide de Laval*. De tels fondements ont servi de balises pour l'observation du processus d'intervention en cours dans les groupes de rencontres. À partir des mêmes modèles théoriques, les changements survenus chez les jeunes participants ont aussi pu être évalués en parallèle, quoique dans un laps de temps très court.

Sur le plan des processus d'intervention, cinq types d'interventions sont surtout utilisés d'une soirée à l'autre : 1) mettre en relation un groupe d'enfants / établir qu'ils ont un problème commun et qu'il va y avoir des solutions; 2) entourer l'enfant par le respect, l'authenticité, la présence, l'écoute, l'empathie; 3) faire communiquer enfants-enfants et enfants-parents; 4) faire vivre et exprimer des émotions / observer / imiter pairs ou personnages; 5) faire conscientiser l'enfant à la perte (faire des associations / favoriser la symbolisation et la métaphorisation). En revanche, les interventions dites de « psycho-éducation » sont peu utilisées.

Globalement, l'évaluation du processus démontre une grande qualité des interventions, ne serait-ce qu'au niveau des caractéristiques d'authenticité, de présence, d'écoute et d'empathie chez les intervenants. Le manuel d'intervention de ce programme est construit avec une grande rigueur et avec un souci d'intervenir sur des points cruciaux. À partir de ce guide, les intervenants s'appliquent à bien réaliser les interventions prévues. Le travail fait en dehors des rencontres, en termes notamment de supervision, d'autocritique, d'analyse des dossiers individuels et de planification des soirées rend aussi compte du professionnalisme et de la motivation de l'équipe d'intervenants. Quelques faiblesses ont été notées par les évaluateurs, mais l'ensemble est relativement exemplaire.

Sur le plan des effets d'intervention, le programme aura été bénéfique pour réduire les réactions de deuil et transmettre de l'espoir chez les jeunes. De plus, un pourcentage de changement important est noté à la réduction des symptômes d'anxiété, de dépression et de comportements perturbateurs. Il en va de même pour l'estime de soi qui s'améliore de 12% entre le pré-test et le post-test. Enfin, on note des progrès, moins importants toutefois, quant à l'intelligence émotionnelle des enfants. Cependant, le programme semble avoir suscité l'augmentation de la colère et parfois la frustration d'enfants qui n'arrivaient pas à terminer ce qu'ils avaient débuté à travailler en thérapie, faute de temps.

Bref, nous avons vu que l'évaluation d'un programme comme celui-ci nécessite d'abord une certaine théorisation afin d'avoir des repères pour fonder notre jugement. Cette approche théorique, bien documentée et validée dans ce cas-ci, permet notamment une meilleure compréhension des processus qui sont en cours dans de tels programmes novateurs. Cette théorisation a été formalisée dans deux graphiques qui ont ensuite permis de générer ou d'identifier des instruments qualitatifs et quantitatifs utiles (grilles d'observation, questionnaires). Ces instruments d'observation ont certes leurs limites mais la plus grande faiblesse de cette évaluation de programme restera quand même le faible nombre de répondants (sept enfants), l'absence de groupe témoin et de mesures de relance (pour vérifier si les acquis se sont maintenus dans le temps). Ces éléments du mandat d'évaluation échappaient au contrôle des évaluateurs malgré la bonne volonté de leurs interlocuteurs de l'organisme.

Malgré ces lacunes dans le processus d'évaluation, lesquelles pourraient éventuellement être corrigées dans une étape ultérieure (évaluation plus intensive subventionnée par un organisme de recherche), cette évaluation a permis de mettre en évidence plusieurs éléments reliés tant au processus d'intervention qu'à ses effets sur les enfants. En parallèle, l'évaluation a permis de générer une série de recommandations ancrées dans la pratique.

Enfin, il faut se demander si ce programme est reproductible ailleurs, avec le même niveau de qualité. La question est éminemment pertinente, compte tenu surtout que celui-ci est actuellement distribué dans d'autres milieux. Là-dessus, il faut voir que le programme remplit déjà plusieurs conditions nécessaires à une telle diffusion, ne serait-ce qu'au niveau de la qualité du matériel d'intervention accumulé (manuel, jeux...) et de sa cohérence théorique. Cependant, une bonne partie de la réussite d'un tel programme repose, comme nous l'avons vu, sur les caractéristiques d'authenticité, de présence, d'écoute et d'empathie des intervenants. Dans ce sens, la sélection judicieuse et la formation poussée des intervenants impliqués restera toujours un élément incontournable, et ceci par delà tous les autres éléments structurants.

RECOMMANDATIONS

1. Que le programme soit identifié clairement comme un programme thérapeutique
2. Que le manuel du programme ait une seule pagination et table des matières
3. Que le contenu du manuel comprenne une partie sur les réactions normales et pathologiques chez l'enfant et le parent
4. Que les objectifs du programme soient reformulés et harmonisés dans les différents documents
5. Que les critères d'admissibilité au programme soient mieux précisés dans le manuel
6. Qu'il y ait toujours des intervenants masculins et féminins disponibles auprès des enfants du groupe
7. Que les intervenants modifient le manuel d'intervention en allégeant les horaires ou en planifiant des horaires alternatifs, et ce, en fonction du rythme du groupe
8. Que les intervenants adaptent selon l'âge et le sexe des participants les activités réalisées en sous-groupe
9. Que le jeu du *Capitaine moi-même* fasse l'objet d'une utilisation maximale tout au long des rencontres
10. Que le format du journal de bord soit bonifié pour permettre plusieurs formes d'expression adaptées aux plus jeunes
11. Que le délai entre l'inscription et le début du groupe soit écourté

RÉFÉRENCES

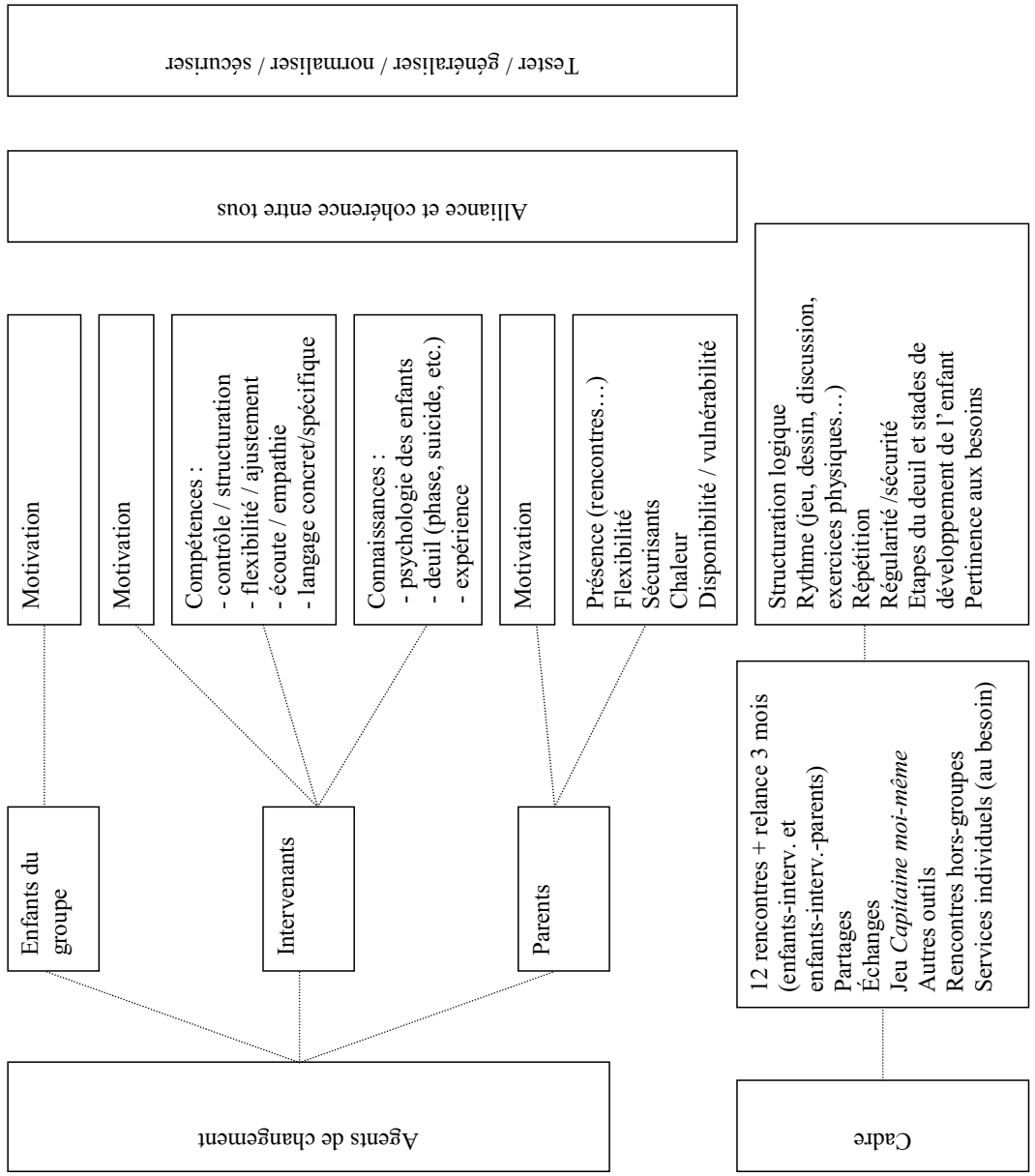
- Ayers, T., Kennedy, C., Sandler, I., et Stokes, J. (2003). Bereavement, adolescence. Dans T. P. Gullotta et M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 221-228). New York: Plenum.
- Ayers, T. et Sandler, I. (2003). Bereavement, childhood. Dans T. P. Gullotta et M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 213-220). New York: Plenum.
- Bar-On, R. et Parker, J. D. (2000). *BarOn Emotional quotient inventory : Youth version (EQ-I : YV): technical Manual*. Toronto : Multi_Health Systems Inc.
- Bar-On, R. et Parker, J. D. (2000). *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco : Jossey-Bass,
- Beck, J.S., et Beck, A.T. (2001). *Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment*. Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, J.S., Beck, A.T., et Jolly, J.B. (2001). *Beck Youth Inventories Manual*. Texas: The Psychological Corporation.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. London: Hogarth.
- Cain, A. C. (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, Ill: Thomas.
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., et Weller, R. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 672-680.
- Chen, H. T. (1989). The conceptual framework of the theory-driven perspective. *Evaluation and program planning*, 12, 391-396.
- Cordray, D. S. (1989). Optimizing validity in program research: An elaboration of Chen and Rossi's theory-driven approach. *Evaluation and program planning*, 12, 379-385.
- Clark, S. (2001). Bereavement after suicide - how far have we come and where do we go from here. *Crisis*, 22(3), 102-108.
- Daigle, M. S. (2004). L'importance de l'évaluation fondée sur la théorie en suicidologie. Dans F. Chagnon et B. Mishara (Éds), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (pp. 23-40). Québec: Presses de l'Université du Québec et Paris: EDK (Éditions médicales et scientifiques).
- Farberow, N. L. (1992). The Los Angeles Survivors-After-Suicide program: An evaluation. *Crisis*, 13(1), 23-34.
- Farberow, N. L. (1994). The Los Angeles Survivor's After-Suicide Program. Dans E. S. Sneedman, N. L. Farberow, et R. E. Litman, *The psychology of suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment* (pp. 171-186). Northvale: Jason Aronson Inc.
- Farberow, N. L. (2000). Helping suicide survivors. Dans D. Lester, *Suicide prevention: Resources for the millennium* (pp. 189-212). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Gaston L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.

- Genevro J.L., Marshall T., et Miller T. (2003). *Report on bereavement and grief*. Washington, DC: Research Center for Advancement of Health.
- Goleman, D. (1995). *Working with emotional intelligence*. New York : Bantam Books.
- Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle*. Paris : Laffont, 1997.
- Henley, S. H. (1984). Bereavement following suicide: A review of the literature. *Current Psychological Research and Reviews*, 3(2), 53-61.
- Hanus, M., et Sourkes, B. M. (1997). *Les enfants en deuil: portrait du chagrin*. Paris: Frison-Roche.
- Jordan, J. R., et McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 337-349.
- Larivée, S. (2000). Le Dominique interactif. Présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations. *Revue canadienne de psychoéducation*, 29(2), 327-347.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Laplanche, J., et Pontalis, J. B. (1984). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Larousse (2000). *Le petit Larousse grand format*. Paris : Larousse.
- Martin D. J., Garske J. P., et Davis M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3):438-450.
- Mayeske, G. W., et Lambur, M. T. (2001). *How to design better programs: A staff centered stakeholder approach to program logic modeling*. Crofton, MD: The Program Design Institute of Crofton, Maryland, and Blacksburg, Virginia.
- Mayer, J. D., et Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Murphy, S. A., Baugher, R., Lohan, J., Scheideman, J., Heerwagen, J., Clark Johnson, L., Tillery, L., et Grover, M. C. (1996). Parents' evaluation of a preventive intervention following the sudden, violent deaths of their children. *Death Studies*, 20(5), 453-468.
- Murphy, S. A., Gupta, A. D., Cain, K. C., Johnson, L. C., Lohan, J., Wu, L., et Mekwa, J. (1999). Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies*, 23, 129-159.
- Murray, S., Lake, J., et Séguin, M. (2001). Intervenir auprès des enfants endeuillés. Dans L. Leblanc, et M. Séguin (Éds), *La relation d'aide: concepts de base et interventions spécifiques* (pp. 143-169). Montréal: Logiques.
- Ness, D., et Pfeffer, C. R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 279-285.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Deuil et suicide: Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent*. Genève: OMS.
- Parks, C. M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: Penguin.
- Petrosino, A. (2000). Answering the *Why* question in evaluation: the causal-model approach. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(1), 1-24.

- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., et Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 505-513.
- Rogers, C., et Kinget, G. M. (1969). *Psychothérapie et relations humaines . Théorie et pratique de la thérapie non-directive* (Vol. 1), (4ème éd.). Louvain: Studia Psychologica.
- Rogers, J., Sheldon, A., Barwick, C., Letofsky, K., et Lancee, W. (1982). Help for families of suicide: Survivors Support Program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27(6), 444-449.
- Ross, L., et Prévost, S. (2005). *Profil du suicide au Québec 1981-2002 : Mise à jour en 2005*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E., et Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation. A systematic approach*. 6th ed. Thousand Oaks : Sage.
- Saigh, P., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halamandaris, P., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., et McHugh M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369-380.
- Salovey, P., et Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Santé Canada. Groupe d'étude sur le suicide au Canada. (1994). *Le suicide au Canada. Mise à jour du rapport*. Ottawa: Santé Canada.
- Séguin, M. (1997). Les activités de counseling auprès des personnes endeuillées par suicide. *Vis-à-Vie*, 7(2), 6-8.
- Séguin, M. (automne 1999). Suicides, générations et culture. *Frontières*, 8-10.
- Séguin, M., et Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil: réactions typiques et atypiques. Sous la direction de E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, et M. Tousignant, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp. 578-593). Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., et Chriat, G. (1990). A prevention program for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(2), 168-175.
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H, et Stahl, K. (1997). The development and validation of the Children's Hope Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 399-421.
- Stroebe, M. S., Stroebe, W., et Hansson, R. O. (1993). *Handbook of bereavement : Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Summers R. F., et Barber J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic Psychiatry*, 27(3):160-165.
- Truax, C. B., et Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy. Training and practice*. Chicago: Aldine.
- Valla, J.P., Bergeron, L. et Smolla, N. (2000). The Dominic-R : A Pictorial interview for 6 to 11 year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 85-93.
- Weiss, C. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway. *Evaluation Review*, 21(4), 501-524.
- Worden, J. W. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy*, New York: Springer.

APPENDICES

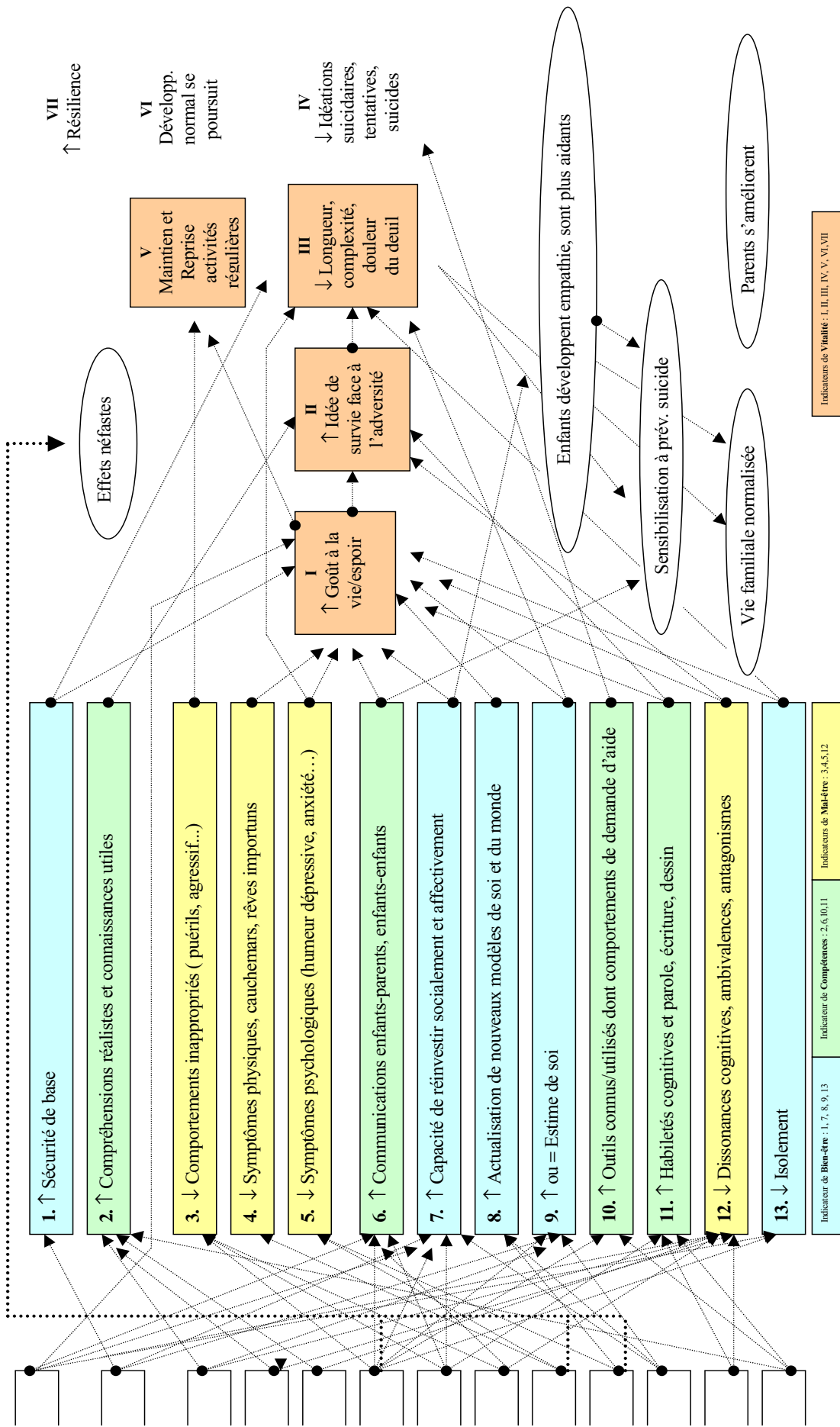
A. Facteurs de réussite



B. Théorie du processus d'intervention



C. Théorie du changement



A. Critères généraux d'inclusion

1. Est âgé entre 6 et 12 ans inclusivement
2. Réside à Laval ou dans le Grand Montréal
3. Est endeuillé d'un parent ou d'un proche parent mort par suicide

B. Critères spécifiques d'inclusion

1. Présente des manifestations normales d'un deuil
2. Est disposé à participer à une psychothérapie de groupe avec d'autres jeunes afin de parler de son propre deuil
3. Accepte d'être évalué lors de deux rencontres parent ou proche parent/enfant (une au début et une à la fin)
4. Bénéficie d'un parent ou d'un proche parent qui s'engage à venir à la dernière demi-heure de chaque rencontre
5. Présente un état psychologique permettant la participation à une psychothérapie de groupe

C. Critères d'exclusion

1. Ne répond pas à l'un des critères de A ou B
2. Présente un état de stress post-traumatique
3. Présente des troubles manifestes de nature psychiatrique (hallucinations, délire, désorganisation)
4. Est activement suicidaire (compte mettre à exécution son plan et refuse toute alternative à celui-ci)
5. Présente un retard mental

E. Grilles d'évaluation



Indicateurs de contrôle

Santé mentale	<p>Dominique interactif pour enfants (6-12 ans) de Valla et al. (2000)</p> <p>(1) Phobies sociales (SPh); (2) Anxiété de séparation (SAD); (3) Anxiété généralisée (GAD); (4) Dépression (MDD); (5) Trouble d'attention et d'hyperactivité (AHDH); (6) Trouble oppositionnel avec provocation (ODD); (7) Trouble de la conduite (CD).</p>	-Administré par Josée Lake ou Virginie Hamel (pré)
Trouble de stress post-traumatique	<p>Inventaire des troubles post-traumatiques pour enfants (7-18 ans) de Saigh et al. (2000)</p> <p>(A1) Exposition (A2) Réaction (B) Événement traumatique revécu (C) Évitement / émoussement des affects (D) Activation neurovégétative élevée (E) Détresse significative</p>	-Administré par Josée Lake ou Virginie Hamel (pré)

Indicateurs de bien-être et de compétences

Facultés, compétences et aptitudes émotives	<p>Inventaire d'intelligence émotionnelle pour les jeunes (6 à 12 ans) de Baron et Parker (2000)</p> <p>(A) Dimension intrapersonnelle : (1) Conscience de soi émotionnelle; (2) Confiance en sa capacité de s'exprimer; (3) Considération pour soi (4) Réalisation de soi; (5) Indépendance; (B) Dimension interpersonnelle : (6) Empathie; (7) Relation interpersonnelles; (8) responsabilité sociale; (B) Dimension liée à la Capacité d'adaptation : (9) Résolution de problème; (10) Épreuve à la réalité; (11) Flexibilité; (C) Dimension liée à la Gestion du stress : (12) Tolérance au stress; (13) Contrôle des impulsions; (E) Dimension liée à l'Humour générale : (14) joie de vivre; (15) optimisme</p>	-Administré par Réal Labelle (pré et post)
---	--	---

Indicateurs de mal-être

Mauvaise humeur et conduites	Inventaire des troubles émotionnels et sociaux pour jeunes (7-14 ans) de Beck et al. (2001) (1) dépression; (2) anxiété; (3) colère; (4) conduites oppositionnelles; (5) estime de soi.	- Administré par Réal Labelle (pré et post)
Processus du deuil	Questionnaire des réactions de deuil pour enfants (3-16 ans) de Worden, (1991)	- Administré par Josée Lake (pré et post) ou Virginie Hamel (pré)

Indicateurs de vitalité

Espoir	-Échelle d'espoir pour enfants de Snyder (2000)	- Administré par Réal Labelle (pré et post)
--------	---	---



17 juillet 2003

Cher(e)s collègues,

Connaissant votre expérience et vos compétences, il me semblait pertinent de vous solliciter à titre d'expert afin de participer à un comité aviseur sur l'évaluation du *Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide* de Laval.

Tel que discuté avec certains d'entre vous, le rôle de ce comité est de valider au point de départ les modèles théoriques élaborés en début de projet (août 2003), de valider le rapport de recherche préliminaire rédigé à la fin du travail (février 2004) et de servir d'intermédiaires entre les évaluateurs et les intervenants, si un problème survenait en cours de route (août 2003 à août 2004).

Si vous êtes d'accord, ce comité pourrait être virtuel, en ce sens que les documents et les échanges pourront se faire en individuel, et ce, par courriel, par courrier ou au téléphone. Si par contre certains membres du comité le souhaitent, une réunion (deux au maximum) pourra avoir lieu au cours du projet de recherche.

Membres du comité

Charles Bebhani

François Godin

Danyelle Latreille
(confirmé)

Aline Roberts
(confirmé)

Louise Rousseau
(confirmé)

En date d'aujourd'hui, les deux chercheurs, Réal Labelle et Marc Daigle, ont effectué la recension des écrits dans le domaine, ont analysé les documents et le matériel pertinent au programme, ont effectué l'observation d'une rencontre de thérapie de groupe, ont élaboré la modélisation préliminaire du programme et ont soumis ce modèle aux intervenants du programme. La prochaine étape est de soumettre rapidement ce modèle aux membres du comité aviseur afin que chacun puisse le commenter et le critiquer.

En acceptant de faire ce travail bénévole, vous permettez la réalisation, dans la région de Laval, d'une recherche de qualité dans le domaine de la prévention du suicide. Je vous rappelle que nous publierons la liste des membres du comité aviseur dans le rapport de recherche soumis à la RRSSS de Laval en 2004.

J'espère pouvoir compter sur vous et si vous êtes dans l'impossibilité de faire partie du comité aviseur, veuillez m'en aviser le plus rapidement possible en me suggérant un autre nom de membre. Au nom des deux chercheurs, je vous remercie de votre collaboration éventuelle et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Réal Labelle, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières