

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**LE RISQUE DE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ LES ENFANTS HEBERGES  
EN CENTRE DE READAPTATION POUR LES JEUNES EN DIFFICULTES  
D'ADAPTATION**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
DAPHNÉE RICHARD**

**AOÛT 2022**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**  
**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

---

Georgia Vrakas

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

---

Marc Alain

Évaluateur

---

Prénom et nom

Évaluateur

## **Sommaire**

Cette étude vise à mieux comprendre le passage à l'acte suicidaire chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA). Cette recension des écrits a comme objectif de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs qui augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire chez les enfants hébergés en CRJDA ? De façon plus spécifique, les facteurs prédisposants, contributifs et précipitants qui augmentent le risque suicidaire, ont été recensés selon la perspective écosystémique de Bronfenbrenner (1974).

## **Méthodologie**

Cette recension s'appuie sur des sources publiées entre 2012 et 2021 et comprend sept articles scientifiques consultés sur plus de neuf bases de données différentes, deux publications du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un bilan de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESS), un chapitre du rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants (CSDEPJ) et deux sources secondaires pour un total de 16 écrits en anglais ou en français.

## **Résultats**

Les facteurs prédisposants recensés sont liés aux antécédents, au sexe, à l'ethnicité et à l'âge développemental des enfants comme les antécédents de maltraitance. Les facteurs contributifs recensés sont les comportements et les événements actuels qui accentuent le niveau de risque, comme la répétition de comportements d'automutilation ou la situation dans les CRJDA. Les facteurs de risque précipitants sont les facteurs qui peuvent déclencher un passage à l'acte suicidaire comme une situation d'intimidation.

## **Recommandations**

Les intervenants devraient être informés des facteurs prédisposants, contributifs et précipitants au suicide. Il serait intéressant de documenter les facteurs qui appartiennent spécifiquement : aux unités de vie ; sur le lien avec les traumatismes complexes ; sur les moments de séparations ; sur les impacts de la COVID-19 ; ainsi que les facteurs de protection en CRJDA.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Remerciements .....	vi
Introduction .....	7
Le cadre conceptuel.....	9
Le suicide .....	9
Les Centres de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation .....	9
Le cadre légal .....	10
Les facteurs .....	10
Le modèle écosystémique .....	10
Méthode.....	12
Résultats .....	18
Facteurs prédisposants .....	18
Mésosystème et microsystème .....	18
Facteurs familiaux et sociaux. ....	18
Maltraitance.....	18
L'ontosystème.....	19
Caractéristiques individuelles.....	19
Antécédents et histoires de vie. ....	19
Stade développemental. ....	20
Développement cognitif. ....	20
Développement physique et mental. ....	21
Facteurs contributants .....	23
Macrosystème et exosystème .....	23
Enjeux sociaux.....	23
Services de santé de services sociaux. ....	23
Le CRJDA. ....	24
Microsystème et mésosystème .....	24
Milieu familial. ....	25

Milieu scolaire.....	25
Ontosystème .....	25
Chronosystème .....	26
Facteurs précipitants .....	27
Macrosystème et exosystème .....	27
L'accessibilité des moyens.....	27
Microsystème et mésosystème .....	27
Chronosystème .....	27
Discussion .....	34
Les facteurs prédisposants .....	34
Les facteurs contributants .....	35
Les facteurs précipitants.....	36
Recommandations pour les pratiques en CRJDA .....	36
Recommandations pour la recherche .....	37
Conclusion.....	38
Références .....	39
Appendice A Les facteurs de risque du suicide selon le modèle écosystémique.....	42

## Remerciements

Je tiens à remercier chaque personne qui ont qui m'ont côtoyée pendant ces deux dernières années et qui ont contribué à la réalisation de cet essai, et ce malgré la pandémie. J'aimerais d'abord remercier ma directrice de recherche, madame Georgia Vrakas, professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) pour son support et ses conseils qui ont grandement contribué à ce présent document et surtout son savoir-être qui m'a été précieux durant ce moment plus difficile.

J'aimerais remercier les gens qui m'ont apporté du soutien lors de mon stage en rôle-conseil au CRJDA du CISSS de Lanaudière. Je tiens à témoigner de la disponibilité et du soutien de madame Colombe Lemire, superviseure de stage et monsieur Pascal Lemire, tuteur de stage. Madame Lemire qui a su me confronter et me pousser à devenir la psychoéducatrice que j'aspire à être et monsieur Lemire qui m'a partagé son savoir impressionnant.

Suite à mon embauche dans mon milieu de stage, je tiens à remercier mes collègues psychoéducateurs, madame Marie-Claude Brais, chef de service et l'équipe du Foyer de groupe de l'*Arrimage*, pour leurs encouragements à la rédaction de cet essai et leur reconnaissance. J'aimerais également remercier madame Chantale Dénomée pour sa collaboration lors de la réalisation de mon projet d'action au protocole suicide du CISSS de Lanaudière, ainsi que son dévouement pour la cause. Sans oublier monsieur Marco Boisvert, tuteur de stage au Baccalauréat à l'application des mesures au CIUSSS de la Mauricie, pour sa confiance et la transmission de son savoir-faire. Je remercie également, monsieur Benoit Gauvreau et les éducateurs rencontrés à la *Parent-Aide* où j'ai développé des liens significatifs à travers le vécu partagé et ainsi l'amour de mon travail en foyer de groupe. Ainsi que l'équipe du *Centre de prévention du suicide, Accalmie* pour m'avoir laissé la chance de développer un sentiment de confiance dans la relation d'aide. De plus, je remercie mon établissement scolaire, mes enseignants et mes collègues de classes de l'UQTR qui m'ont apporté un grand sentiment d'appartenance fil de mon parcours scolaire. Finalement, j'aimerais soulever ma reconnaissance pour la compréhension et le soutien de ma famille et mes proches durant les années où j'ai été moins présente.

## Introduction

Au Canada, le suicide est la quatrième cause des décès chez les enfants de moins de 14 ans (Statistique Canada, 2017). Les données récentes au Québec démontrent que le taux de tentatives de suicide chez les filles de 10 à 14 ans a augmenté et que le taux d'hospitalisations pour des comportements suicidaires a plus que doublé chez les jeunes dans les dernières années (Lévesque, Genest, Rassy, 2022). Cependant, le phénomène du suicide chez les enfants est peu connu et il n'existe toujours pas d'outil d'évaluation standardisé pour évaluer le risque suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans.

Au cours de l'année 2020 à 2021, 117 904 signalements ont été traités par la protection de la jeunesse (DPJ) au Québec (Gouvernement du Québec, 2021a). Parmi ces signalements, les enfants de 6 à 12 ans étaient les plus signalés et le nombre de signalements retenus le plus haut concernait également les 6 à 12 ans, les motifs les plus recensés chez ce groupe d'âge étaient l'abus physique (n = 5789), la négligence (n = 4558), les mauvais traitements psychologiques (n = 3983) et les abus sexuels (n = 1221) (Gouv. du Québec, 2021a). Le nombre d'enfants pris en charge par le DPJ a augmenté de 2020 à 2021, pour un total de 40 267 enfants (Gouv. du Québec, 2021a). En date du 31 mars 2021 sur les 31 978 enfants recensés, approximativement 2558 enfants étaient hébergés en CRJDA, en foyer de groupe institutionnel ou en ressource intermédiaire (RI) (Gouv. du Québec, 2021a). Mais qu'en est-il des enfants suicidaires hébergés en CRJDA ?

En ce qui concerne la prévalence du suicide chez les jeunes, l'étude de Renaud, indique que 91 % des 420 jeunes s'étant enlevé la vie entre 1995 et 2000 avaient été hébergés durant l'année précédant le suicide, parmi eux, 53 % étaient encore placés en CRJDA (2005, cité dans Bernard, Brassard et Lapalme, 2019). Les enfants dans le système de services sociaux qui sont décédés par suicide étaient significativement plus sujets à vivre un placement et être diagnostiqués avec un trouble de santé mentale ou physique comparativement à la population normative (Ruch, Wanner, Bridge, Campo et Fontanella, 2021). Dans une étude au Manitoba, le risque suicidaire était 3,5 fois plus élevé chez les enfants dans les services sociaux que ceux dans la population normative et le risque de faire une tentative de suicide était 2,11 fois plus élevé (Katz, Au, Singal, Brownell, Roos,



Martens et Sareen, 2011, cité dans Baiden et Fallon, 2018). Dans une étude sur les jeunes hébergés, 35 % des enfants étaient engagés dans un passage à l'acte suicidaire avec ou sans intention de mourir (Stewart, Baiden, Theall-Honey et den Dunnen, 2013). En ce qui concerne la prévalence des moyens utilisés chez les enfants de 6 à 12 ans, ils sont souvent plus accessibles et létaux (Maltais, Genest et Larue, 2019) ce qui augmente l'urgence suicidaire. Les moyens utilisés pour le passage à l'acte suicidaire recensés chez les enfants de 6 à 12 ans sont l'intoxication médicamenteuse, la pendaison et l'étranglement ou la strangulation (Berthod, Giraud, Gansel, Fournier et Desombre, 2013; Maltais, *et al.*, 2019; Preyde, Watkins, Csuzdi, Carter, Lazure, White, Penney, Ashbourne, Cameron et Frensch, 2012; Taussig, Harpin et Maguire, 2014). En ce qui concerne le moyen le plus recensé planifié, avec ou sans passage à l'acte suicidaire, il s'agissait de se couper ou se poignarder (Taussig *et al.*, 2014). Le sens symbolique des moyens ainsi que les facteurs culturels peuvent influencer le choix du moyen (Bernard *et al.*, 2019). Encore à ce jour, la fausse croyance que les enfants ne peuvent pas se suicider est encore présente. De plus, le suicide chez les enfants est sous-documenté notamment en CRJDA, et ce malgré leur grande vulnérabilité. En outre, l'accumulation et l'interaction de plusieurs facteurs à un moment particulier dans la vie d'un enfant hébergé peuvent augmenter le potentiel suicidaire. Considérant l'ensemble des informations ci-dessus il nous paraît important de s'adresser à cette problématique et d'identifier les facteurs qui augmentent le risque suicidaire chez cette population à risque.

## **Objectifs**

Cette recherche vise à comprendre le phénomène du suicide chez les enfants hébergés en CRJDA. Pour ce faire, une recension des écrits est menée afin de faire état des connaissances scientifiques sur le phénomène du suicide chez les enfants hébergés en CRJDA et aux théories qui s'y rapportent. Cette recension des écrits vise à mieux comprendre le passage à l'acte suicidaire chez les enfants placés en dehors de leur milieu familial. De façon plus spécifique, cette recension a comme objectif de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs qui augmentent le passage à l'acte suicidaire chez les enfants de 6 à 12 ans qui sont hébergés en CRJDA? Les facteurs prédisposants, contributifs et précipitants qui augmentent le risque d'un passage à l'acte suicidaire sont recensés et analysés selon le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979).

## Le cadre conceptuel

### Le suicide

Au Québec, le suicide est le terme utilisé pour définir l'acte de se donner volontairement la mort (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Les autres définitions entourant le suicide sont les idées suicidaires (IS) soit les pensées suicidaires ou l'intention de se donner la mort et peuvent comprendre une planification du suicide ; les communications suicidaires sont des messages qui peuvent être verbales directes et indirectes ou non verbales (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Toujours selon Laforest, Maurice et Bouchard, les tentatives de suicide (TS) sont les passages à l'acte suicidaire n'ayant pas causé la mort et implique les passages à l'acte avec ou sans intention de mourir incluant les comportements d'automutilation (2018). Cependant, selon plusieurs études recensées dans ce présent document, l'automutilation se distingue de la TS par l'intention de se donner la mort. Effectivement, selon Baiden et Fallon les comportements suicidaires sont les IS et les comportements d'automutilation ayant le potentiel de causer la mort (2018). Bernard *et al.*, (2019) ajoutent que l'automutilation se distingue également par la fréquence du geste et le moyen utilisé. En outre, Gunn et Lester, expliquent que le risque suicidaire se développe lorsque l'enfant présente des indices de vulnérabilité au suicide, donc des facteurs prédisposants, et que des stressseurs, donc des facteurs contributants ou précipitants, s'ajoutent (2015, cité dans MSSS, 2021).

### Les Centres de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation

Les CRJDA sont également connus sous l'ancienne appellation les Centres Jeunesses (CJ). Dans cet ouvrage le terme CRJDA *est* utilisé pour uniformiser et faciliter la lecture. La mission des CRJDA est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes de 0 à 18 ans, en difficulté d'adaptation et à leur famille (article 84 de la Loi du système de santé et des services sociaux, LSSSS). De plus, toujours selon la LSSSS, *les CRJDA doivent* s'assurer que les besoins des enfants sont évalués et que les services requis leur sont offerts, autrement ils doivent les diriger vers services appropriés le plus rapidement possible (2021).

## **Le cadre légal**

Les jeunes hébergés en CRJDA sont placés majoritairement sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), mais également sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) ou la Loi sur le système de santé et de services sociaux (LSSSS). Les motifs de compromissions régis de la LPJ pouvant mener à une mesure d'hébergement sont l'abandon, la négligence, le mauvais traitement psychologique, les abus physiques ou sexuels et les troubles de comportement sérieux incluant les conduites suicidaires (LPJ, 2021). Un enfant peut également être hébergé en CRJDA selon l'article 84 de la LSSSS, en raison de ses difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause d'une dépendance (LSSSS, 2011). Des jeunes peuvent également être placés en CRJDA sous la LSJPA lorsqu'ils ont commis un délit et qu'une plainte a été portée (LSJPA, article 29, alinéa 2). Toutefois cette loi s'applique aux jeunes âgés de 12 à 17 ans et ne concerne donc pas la population étudiée dans ce présent document.

## **Les facteurs**

Les facteurs qui augmentent le risque de passage à l'acte suicidaire chez les enfants de 6 à 12 ans qui sont hébergés en CRJDA recensés dans ce présent document sont les facteurs prédisposants, contributants et précipitants au suicide. Les définitions de ces facteurs sont tirées de Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand : Les facteurs prédisposants sont des éléments issus du passé qui fragilisent davantage les enfants ; les facteurs contributants sont ce qui accentue la vulnérabilité des enfants ; les facteurs précipitants sont des déclencheurs du passage à l'acte suicidaire (2010).

## **Le modèle écosystémique**

Selon Bronfenbrenner (1979), le modèle écosystémique se définit par l'interaction entre six systèmes :

Le macrosystème fait référence aux normes et prototypes généraux qui influencent les croyances et les cultures; l'exosystème fait référence aux services qui soutiennent l'enfant indirectement; le mésosystème est composé des interrelations entre les environnements immédiats qui soutiennent l'enfant dans son développement ; le microsystème est construit

par ces environnements; l'ontosystème est composé des caractéristiques individuelles de l'enfant; et finalement le chronosystème se définit par les facteurs temporel comme le stade développemental.

L'enfant en CRJDA se développe donc au cœur de différents systèmes environnementaux qui influencent son bien-être. En plus des facteurs de risque qui concernent directement l'enfant, les dimensions sociales, communautaires, culturelles et environnementales comme les croyances populaires, l'accessibilité des moyens et les services offerts ont une influence sur le risque suicidaire des enfants (Lane *et al.*, 2010). L'importance de s'intéresser à l'interaction entre l'enfant et son environnement dans un contexte d'hébergement, et donc de traiter l'information selon une perspective écosystémique nous a donc paru évidente.

### Méthode

Une recension des écrits est la méthode utilisée dans le cadre de cet essai afin de faire état des connaissances sur le phénomène du suicide chez les enfants hébergés en CJRDA. Cette recherche a été faite en ligne en 2021. Les mots clés ont été sélectionnés à l'aide de *Thésarus*, trois séries de mots clés différentes ont été recherchées dans neuf bases de données. Un total de 75 748 articles a été recensé. Pour préciser cette recherche, des critères de sélection sont utilisés : les articles sont en français ou en anglais ; les articles sont publiés entre 2012 et 2021 ; les articles sont évalués par les pairs. Nous avons choisi de recenser les documents des dix dernières années pour avoir un portrait actuel de la situation. De plus, nous sommes d'avis que le phénomène du suicide chez les enfants est influencé par divers facteurs temporels. Par exemple, l'augmentation des médias sociaux et de la cyberintimidation, les changements des pratiques, des lois, et de la terminologie. En outre, la recherche sur le suicide a augmenté au cours des dernières années, notamment au Canada. Ainsi, nous croyons avoir plus d'articles concernant les enfants Québécois dans les études récentes.

Au total, 783 articles ont été consultés. Les articles qui selon le titre ou le résumé, ne concernaient pas les enfants ou ne traitaient pas du suicide ou de la santé mentale ont été exclus. Un total de 65 documents a été repéré dans les bases de données en plus de 23 documents additionnels repérés dans d'autres sources. Parmi ces 88 documents, 64 documents ont été exclus pour les raisons suivantes : le document ne traite pas du suicide ; le document ne concerne pas les enfants ou les adolescents ; le document est un doublon (4). Afin de cibler les articles pertinents à la question de recherche, des critères de sélections ont été établis. Cette sélection s'est faite à partir des motifs suivants : l'âge des participants est de 6 à 12 ans ou des données incluant cette tranche d'âge sont disponibles ; l'article contient au moins un des facteurs qui augmente le risque suicidaire.

Une première recherche a été effectuée en utilisant les mots clés en anglais suivants: « children under 12 OR middle childhood OR children OR Children OR youngster » AND « suicide attempt OR suicide OR Suicide OR suicidal behaviors OR deaths by suicide » AND « child

maltreatment OR child protective services OR child protection OR rehabilitation center OR institution OR ‘‘out of home placement’’ ». Premièrement la recherche fut effectuée via la base de données SOFIA pour un total de 486 résultats. Les 169 articles scientifiques, évalués par les pairs ont été considérés. Parmi les 169 articles, 86 ont été sélectionnés selon le titre, le résumé et le nombre de fois que le sujet du suicide était abordé dans le texte. Après la lecture de la méthode et de la discussion des 86 articles, 12 articles ont été retenus. Après une lecture approfondie des 12 articles, 3 ont été sélectionnés. Deuxièmement la recherche de ces mêmes mots clés fut effectuée sur APA PsychInfo pour un total de 1056 résultats. Les 51 articles ayant comme sujet le « suicide » (n=34) et le terme « attempted suicide » (n=17) ont été consultés. Après une lecture du titre et du résumé des 51 articles, 8 articles ont été retenus, après l’analyse de ces 8 articles, 2 ont finalement été sélectionnés. Troisièmement la recherche de ces mots-clés a été effectuée sur la base de données ERIC. Sur un total de 356 articles, 40 articles ont été considérés et 1 article a été sélectionné (doublon). Quatrièmement la recherche a été faite sur PubMed pour un total de 2562 résultats, 15 articles ayant les mots clés dans le titre ou le résumé ont été retenus, après une première lecture de ces 15 articles, 3 articles ont été analysés et 1 article a finalement été sélectionné. Cinquièmement la recherche a été faite sur Social Services Abstracts, pour 3573 résultats. Des critères d’exclusion (adolescents AND teenagers AND older people AND young adults AND men AND adults AND adult) ont été utilisés afin d’apporter une précision à la recherche, après une première lecture de ces 17 articles un article fut sélectionné. Sixièmement la recherche a été faite sur Google Scholar les 100 premiers résultats notés à titre de meilleures correspondances ont été consultés et un article fut sélectionné. Septièmement la recherche a été faite sur Érudit pour un total de 63 300 résultats les 100 premiers résultats triés par pertinence ont été considérés et 1 résultat fut sélectionné. Huitièmement, la recherche a été faite sur la base de données Scopus, les mots clés ont généré 158 résultats. Les critères d’exclusion « Adult » « Young Adult » ont été appliqués, sur un total de 108 articles, aucun n’a été sélectionné.

Considérant que les études n’étaient pas suffisante pour répondre à la question de recherche deux autres recherches ont été effectuées en utilisant des mots clés en français. Une deuxième recherche a été faite en utilisant les mots clés suivants : « suicidaire OR Suicide OR Dépistage du

risque suicidaire » ET « Enfants OR jeunes » sur le moteur de recherche SOFIA. Sur un total de 334 résultats, 163 articles ont été consultés brièvement, finalement 4 articles ont été sélectionnés. Une troisième recherche d'écrits scientifiques sur CAIRN a été faite utilisant les mots clés suivants : « Suicide » ET « Centre de réadaptation OU Centre jeunesse ». Après la lecture des titres et des résumés des 103 résultats totaux, 1 article a été sélectionné.

Outre les écrits scientifiques, les publications du MSSS ont été consultées. Les mots clés « suicide » (N=15, n=1) et « suicidaire » (N=9, n=1) ont été recherchés, 6 articles datant des 10 dernières années ont été consultés. Selon la population visée soit les enfants et excluant les doublons, 2 articles ont été sélectionnés. Une recherche sur le site de l'INESSS a également été effectuée. Parmi la section « Jeunes et familles », 17 publications étaient disponibles soit 16 depuis les 10 dernières années. Après la lecture des 16 publications, 2 ont été retenues (1 doublon); Bernard *et al.*, 2019 et Gouv. du Québec, 2021a). De plus, le rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ) a été lu et le chapitre 7 du rapport a été sélectionné. Finalement, des articles provenant de sources secondaires ont été consultés, la sélection des articles était faite selon la pertinence du titre, 2 articles ont été conservés.

Au total, 16 écrits ont été sélectionnés, soit 11 articles scientifiques, 4 publications du gouvernement du Québec et le chapitre 7 de la Commission spéciale sur les droits des enfants (CSDEPJ). Les documents sélectionnés provenaient majoritairement du Canada (n=10) et plus précisément du Québec (n=7) ou des États-Unis (n=2), de la France (n=2), du Brésil (n=1) et du Royaume-Uni (n=1). Plusieurs articles s'adressaient exclusivement à la population âgée de moins de 13 ans (n=8). Lorsque les études concernaient des échantillons couvrant une période d'âge plus large, seules les données sur les enfants plus jeunes ont été prises en considération. Les articles sélectionnés sont présentés à l'aide du tableau 1.

Tableau 1  
*Les documents retenus*

Auteurs	Sujet	Groupe d'âge et lieu	Base de données	Type d'étude
Baiden et Fallon, 2018	Les comportements suicidaires et les références en santé mentale chez les enfants pris en charge par les services sociaux.	8-15 Ontario	Social Services Abstract	Étude exploratoire qualitative
Baux-Cazal, Gokalsing, Amadeo et Messiah, 2017	La prévention des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans.	0-13 France	Source seconde Repéré dans MSSS, 2021	Revue de littérature
Bernard <i>et al.</i> , 2019	La gestion du risque suicidaire et l'automutilation chez les jeunes hébergés en CRJDA.	6-17 Québec	SOFIA FR ; INESSS	Information théorique Cadre de référence clinique
Berthod <i>et al.</i> , 2013	Les TS chez 48 enfants de 6 à 12 ans.	0-13 France	Source seconde Repéré dans Vandevoorde, 2014 (exclu)	Rétrospective, descriptive et quantitative



Auteurs	Sujets	Groupe d'âge et lieu	Base de données	Type d'étude
Evans, White, Turley, Slater, Morgan, Strange et Scourfield, 2017	Le suicide chez les enfants pris en charge par les services sociaux.	0-25 Royaume-Uni	Source seconde Repéré dans Ruch <i>et al.</i> , 2021	Revue systématique et méta analyse
Gouv. du Québec, 2021a	Bilan DPJ/DP année 2020-2021	Période 6-12 Québec	INESSS	Information théorique
Gouv. du Québec, 2021b	Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse : Comment humaniser les services en CRJDA.	0-18 Québec	CSDEPJ	Information théorique
Maltais <i>et al.</i> , 2019	Le risque suicidaire chez les moins de 12 ans	0-12 Québec	SOFIA FR	Revue exploratoire qualitative
MSSS, 2018	Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté.	6-17 Québec	Publication du gouv. du Québec	Information théorique

Auteurs	Sujets	Groupe d'âge et lieu	Base de données	Type d'étude
MSSS, 2021	Intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire.	5-13 Québec	Publication du gouv. du Québec	Information théorique Guide de soutien
Preyde <i>et al.</i> , 2012	Comportement suicidaire chez les enfants et les adolescents pris en charge par les services sociaux	Période 6-12 Ontario	Source seconde Repéré dans Stewart <i>et al.</i> 2013	Étude longitudinale
Ruch <i>et al.</i> , 2021	Les enfants des services sociaux décédés par suicide et les services en santé mentale.	5-21 Ohio	SOFIA	Étude de cas-témoins rétrospective
Sousa, Santos, Silva, Perrelli et Sougey, 2017	Le suicide à l'enfance	10-14 Brazil	Source seconde Repéré dans MSSS, 2021	Revue de la littérature
Stewart <i>et al.</i> 2013	Les comportements suicidaires chez les enfants hébergés.	5-17 Canada	SOFIA	Étude corrélacionnelle, transversale
Taussig, <i>et al.</i> , 2014	Le suicide chez les enfants maltraités et hébergés.	9-11 ans États-Unis	PubMed	Devis transversal
Wanner, Vitaro, Tremblay et Turecki, 2012	Les trajectoires chez et les enfants et les TS.	6-12 Québec	APA PsychInfo	Étude longitudinale

## Résultats

Afin de répondre à la question de recherche, les facteurs prédisposants, contributifs et précipitants au suicide chez les enfants sont recensés. Ces facteurs sont présentés à l'aide du tableau 2. Dans cette présente section, les facteurs qui augmentent le risque du passage à l'acte suicidaire sont présentés en fonction des systèmes de l'approche écosystémique. L'appendice A offre une carte conceptuelle des facteurs recensés selon cette approche.

### Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants au suicide sont les facteurs individuels, familiaux ou sociaux qui augmentent la vulnérabilité suicidaire des enfants. Les facteurs recensés proviennent du mésosystème, du microsystème et de l'ontosystème des enfants et sont liés aux antécédents, au sexe, à l'ethnicité et à l'âge développemental des enfants.

### *Mésosystème et microsystème*

**Facteurs familiaux et sociaux.** La recension des écrits révèle que les facteurs familiaux et sociaux qui prédisposent les enfants au suicide sont les antécédents suicidaires familiaux (Bernard *et al.*, 2019 ; MSSS, 2021 ; Wanner *et al.*, 2012) ; l'historique familial des troubles liés aux substances (Evans *et al.*, 2017 ; Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Maltais, *et al.*, 2019) et des troubles de santé mentale dans la famille proche (MSSS, 2021 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Evans *et al.*, 2017 ; Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Wanner *et al.*, 2012), ainsi que des antécédents de maltraitance dans la famille (Berthod *et al.*, 2013 ; MSSS, 2021 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Evans *et al.*, 2017 ; Baiden et Fallon, 2018 ; Wanner *et al.*, 2012).

**Maltraitance.** Comme mentionné ci-dessus, les antécédents de maltraitance sont étroitement liés au risque suicidaire, elle a d'ailleurs été abordé dans sept étude recensés. Les jeunes, victimes de maltraitance durant l'enfance, sont trois à quatre fois plus à risque de faire une tentative de suicide comparativement aux enfants n'ayant pas été maltraités (Baiden et Fallon, 2018). Une étude canadienne a démontré que 80 % des personnes qui ont fait une tentative de suicide avaient été victime d'abus durant l'enfance (Baiden et Fallon, 2018). Les motifs de

compromissions liés significativement au suicide sont les abus physiques (Evans *et al.*, 2017 ; Taussig *et al.*, 2014; Sousa *et al.*, 2017) les abus sexuels (Berthod *et al.*, 2013 ; Taussig *et al.*, 2014 ; Sousa *et al.*, 2017; Wanner *et al.*, 2012) et la négligence (Baiden et Fallon, 2018; Berthod *et al.*, 2013; Ruch *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2017; Stewart *et al.*, 2013; Taussing *et al.*, 2014; Wanner *et al.*, 2012). En outre, les enfants maltraités avec une histoire d'abus sexuel étaient seize fois plus à risque d'être référé à des services de santé pendant leur placement (Baiden et Fallon, 2018).

### ***L'ontosystème***

**Caractéristiques individuelles.** Les filles de 6 à 12 ans sont plus à risque de faire une TS (Bernard *et al.*, 2019 ; Berthod *et al.*, 2013 ; Maltais *et al.*, 2019 ; Stewart *et al.*, 2013) tandis que les garçons sont plus à risque de mourir du suicide (Bernard *et al.*, 2019). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes garçons utilisent des moyens plus violents comme la défenestration, la strangulation et la pendaison (Berthod *et al.*, 2013). En s'intéressant à la relation avec la trajectoire développementale et le passage à l'acte suicidaire Wanner *et al.*, ont démontré que parmi les trajectoires à risque au niveau suicidaire chez les 6 à 12 ans, il y avait plus de garçons recensés dans la trajectoire trouble de comportement que dans la trajectoire anxiété (2012). Les jeunes filles ayant vécu de la maltraitance sont plus à risque de développer un trouble dépressif ou anxieux ou de développer des idées suicidaires (Baiden et Fallon, 2018). Les filles sont également plus enclines à être référées pour des services en santé mentale (Baiden et Fallon, 2018). En ce qui concerne l'ethnicité, être une personne autochtone est un facteur prédisposant au suicide (Bernard *et al.*, 2019). Les personnes autochtones sont particulièrement vulnérables, effectivement, au Canada le taux de suicide chez les jeunes autochtones est 5 à 6 fois plus élevé (Bernard *et al.*, 2019).

**Antécédents et histoires de vie.** Le fait d'avoir des antécédents suicidaires, d'automutilation (Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais *et al.*, 2019 ; MSSS, 2021 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Stewart *et al.*, 2013 ; Ruch *et al.*, 2021), de consommation (Ruch *et al.*, 2021 ; Stewart *et al.*, 2013), d'intimidation (Berthod *et al.*, 2013 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Bernard *et al.*, 2019) ou de placement (Berthod *et al.*, 2013 ; MSSS, 2021 ; Stewart *et al.*, 2013 ; Taussig *et al.*, 2014 ; Ruch *et al.*, 2021 ; Gouv. du Québec, 2021b) est lié à la vulnérabilité

suicidaire. Effectivement, les enfants pris en charge par les services sociaux sont plus à risque de suicide et les enfants placés sont deux fois plus à risque de mourir par suicide (Ruch *et al.*, 2021). Le fait d'avoir été victime d'abus de la part d'un proche augmente les possibilités d'avoir des difficultés à s'adapter aux difficultés et aux changements comme un placement (Stewart *et al.*, 2013). L'histoire de placement en CRJDA augmente la vulnérabilité suicidaire des enfants (MSSS, 2021 ; Stewart *et al.*, 2013 ; Taussig *et al.*, 2014 ; Ruch *et al.*, 2021). Les placements ont un impact sur la santé et le bien-être des enfants (Gouv. du Québec, 2021b). Dans une étude, il est démontré que les enfants dans le système de services sociaux qui sont décédés par suicide étaient significativement plus sujets à vivre un placement en CRJDA (Ruch *et al.*, 2021). Il existe plusieurs types de placement, comme le placement en ressource de type familiale, mais selon Taussig, Harpin et Maguire, le type de placement le plus lié au suicide est le placement en CRJDA (2014).

**Stade développemental.** Le stade développemental des enfants de 6 à 12 ans diffère des adolescents et des adultes au plan cognitif, social et sexuel (Preyde *et al.*, 2012). Ainsi, les facteurs qui influencent la vulnérabilité des jeunes enfants sont spécifiques à ce groupe d'âge. Par exemple, les enfants utilisent des moyens hautement plus violents, ce qui est inquiétant puisque plus le moyen est dangereux plus il est léthal (Berthod *et al.*, 2013). Effectivement, dans l'étude de Berthod *et al.*, les enfants qui avaient approximativement dix ans utilisaient des moyens plus violents que les enfants de plus de onze ans (2013). De plus, contrairement à la population de plus de 12 ans, les passages à l'acte chez les enfants ne sont pas liés aux abus de substances (Berthod *et al.*, 2013).

**Développement cognitif.** Les facteurs liés au développement cognitif chez les enfants de 6 à 12 ans sont la compréhension du concept de la mort ou du suicide (Baux-Cazal, *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017), l'impulsivité (Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Wanner *et al.*, 2012) et les difficultés académiques (Bernard *et al.*, 2019 ; Sousa, *et al.*, 2017). Selon Bernard *et al.*, il faut porter une attention particulière aux enfants vu leur compréhension limitée des concepts de la mort, de leur impulsivité et leur niveau de langage (2019). Selon Baux-Cazal *et al.*, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la compréhension du concept de la mort se développerait après 9-10 ans (2017). Pour évaluer la compréhension de la

mort, les concepts à vérifier sont : l'irréversibilité, la cessation, la causalité et l'inévitabilité (Baux-Cazal, *et al.*, 2017). Considérant que ces concepts se développent en fonction du contexte socioculturel et environnemental (Baux-Cazal, *et al.*, 2017), il est juste de supposer que la représentation et la compréhension du suicide peut ne pas être acquises chez les jeunes enfants hébergés pour des motifs de maltraitance. Effectivement, l'environnement dans lequel un enfant maltraité évolue, présente régulièrement des lacunes. Cela dit, malgré leur stade de développement cognitif immature, les enfants de 6 à 12 ans peuvent délibérément et intentionnellement se donner la mort, donc se suicider (Baux-Cazal, *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017). Selon une étude plus ancienne, les enfants qui comprennent le concept de la mort sont plus enclins à comprendre l'intentionnalité derrière le geste suicidaire et sont donc plus à risque (Preyde *et al.*, 2012). Toutefois, selon des études plus récentes, chez les enfants il y aurait moins d'intentionnalité derrière le geste suicidaire et moins d'indices, mais davantage d'impulsivité (Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017), un facteur important à considérer en pratique puisqu'il présume que le passage à l'acte peut survenir rapidement.

***Développement physique et mental.*** Les enfants hébergés en CRJDA sont plus sujets à être diagnostiqués avec un trouble de santé mentale ou physique (Ruch *et al.*, 2021). De plus, ces problématiques sont plus complexes et sont fréquemment présentes en comorbidités (Gouv. du Québec, 2021b). Les facteurs prédisposants liés au développement physique sont la présence d'un trouble de santé physique chez l'enfant (Gouv. du Québec, 2021b ; Ruch, *et al.*, 2021) comme l'asthme, le traumatisme crânien (TTC) et les conditions sévères aux organes internes (Ruch *et al.*, 2021). Les enfants avec un TTC sont 4 fois plus à risque de mourir par suicide (Ruch *et al.*, 2021).

Les facteurs prédisposants liés à la santé mentale des enfants sont la présence d'un trouble de santé mentale (Baiden et Fallon, 2018 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Gouv. du Québec, 2021b ; MSSS, 2021 ; Ruch *et al.*, 2021 ; Sousa *et al.*, 2017). La présence d'un trouble de santé mentale est un facteur de risque spécifiquement associé au suicide chez les jeunes (Bernard *et al.*, 2019), les adolescents et les adultes (Baux-Cazal *et al.*, 2017). Bien que les troubles de santé mentale soient moins diagnostiqués chez les enfants, cela demeure un facteur important chez les enfants

suicidaires et les enfants hébergés. Effectivement, les enfants suicidaires ont plus de chance de présenter un ou plusieurs troubles de santé mentale (Ruch *et al.*, 2021) et les enfants hébergés sont également plus enclins à développer des troubles de santé mentale en comorbidité (Gouv. du Québec, 2021b).

Les principaux troubles de santé mentale rencontrés chez les enfants suicidaires sont les troubles de l'humeur, plus spécifiquement les troubles dépressifs (Baiden et Fallon, 2018 ; Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Berthod *et al.*, 2013 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Ruch *et al.*, 2021 ; Stewart *et al.* 2013 ; Wanner *et al.*, 2012); le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDAH (Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017 ; Ruch *et al.*, 2021 ; Stewart *et al.* 2013 ), les troubles anxieux (Baiden et Fallon, 2018 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Ruch *et al.*, 2021); le trouble de la personnalité antisociale (Sousa *et al.*, 2017); les troubles des conduites plus spécifiquement les troubles de comportements (Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Berthod *et al.*, 2013 ; Wanner *et al.*, 2012) et les troubles oppositionnels (Stewart *et al.* 2013). Dans l'étude de Berthod *et al.*, le trouble le plus recensé auprès des enfants qui étaient hospitalisés pour une TS était le trouble de l'adaptation (2013) soit un trouble lié à des traumatismes et des facteurs de stress selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2015). D'autres troubles de santé mentale ont été recensés, cependant l'étude ou les sources concernées impliquaient une population plus large que celle recensée dans ce présent document, par exemple les troubles bipolaires (Ruch *et al.*, 2021) ; le trouble de la personnalité limite (Bernard *et al.*, 2019 ;) les troubles liés aux substances (Bernard *et al.*, 2019 ; Evans *et al.*, 2017 ; Ruch *et al.*, 2021 ; Stewart *et al.* 2013) et le trouble du spectre de la schizophrénie (Ruch *et al.*, 2021). Bien que la schizophrénie soit recensée seulement dans l'étude de Ruch *et al.*, et que cette étude porte sur un groupe d'âge plus large soit de 5 à 21 ans, celle-ci est récente et concerne spécifiquement les jeunes hébergés (2021). De plus, les auteurs démontrent que les jeunes hébergés atteints de schizophrénies ont six fois plus de risque de se suicider, un taux plus significatif que chez les adultes atteints de ce trouble (2021). De plus, selon Evans *et al.*, les jeunes en CRJDA sont plus à risque d'avoir un trouble de santé mentale ou un trouble de consommation et sont donc plus susceptibles de faire une TS (2017).

## **Facteurs contributants**

Les facteurs qui contribuent au risque suicidaire chez les enfants sont les comportements et les événements actuels qui accentuent le niveau de risque. Des facteurs ont été recensés dans l'ensemble des systèmes au sein desquels l'enfant se développe soit, le macrosystème, l'exosystème, le microsystème, le mésosystème, l'ontosystème et le chronosystème.

### ***Macrosystème et exosystème***

Les événements contributants recensés sont les facteurs liés aux enjeux sociaux, à la situation dans les services de santé et de services sociaux, les établissements scolaires et les milieux d'hébergement.

**Enjeux sociaux.** Les mythes ou les fausses croyances sur le suicide chez les enfants sont encore présents dans la population. Les tentatives de suicide chez les enfants peuvent être perçues comme des accidents par les familles dans le déni (Berthod *et al.*, 2013). Ainsi, le nombre d'enfants suicidaires est sous-estimé. Effectivement, il y a une forte croyance que les enfants ne veulent pas s'enlever la vie volontairement et le fait qu'un enfant peut se suicider est donc moins considéré (Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Sousa *et al.*, 2017). Les mythes peuvent donc apporter un manque de vigilance et augmenter le risque suicidaire.

**Services de santé de services sociaux.** Les enjeux présents dans les services sociaux sont le manque de soutien et d'accessibilité aux services (Baiden et Fallon, 2018 ; Gouv. du Québec, 2021b ; Ruch *et al.*, 2021). Alors qu'il est démontré que les enfants pris en charge par les services sociaux ont souvent des troubles de santé mentale sérieux, et qu'ils ont besoin de services en santé mentale, la plupart n'en reçoivent pas (Baiden et Fallon, 2018). Les données du National Survey of Child and Adolescent Well-Being effectué d'auprès d'enfants maltraités ayant besoin de services en santé mentale, démontre que seulement 44 % de ces enfants avaient reçu des services (Burns *et al.*, 2010, cité par Baiden et Fallon, 2018). Ce qui est encore plus préoccupant est que dans leur étude plus récente, ils ont démontré que moins de 10 % des enfants maltraités avaient reçu des services en santé mentale (Baiden et Fallon, 2018). De plus, parmi les enfants maltraités dans leur



étude, une importante proportion des enfants qui n'avaient pas été référés à des services avaient des antécédents suicidaires; cela dit il se pourrait que certains d'entre eux recevaient déjà des services ce qui expliquerait pourquoi ils n'ont pas été référés (Baiden et Fallon, 2018). Dans l'étude récente de Ruch *et al.*, les auteurs rapportent que plus de 75 % des jeunes hébergés n'avaient pas les soins de santé nécessaires et que moins de la moitié des enfants qui s'étaient suicidés avaient reçu des soins de santé dans le mois avant le décès et presque l'entièreté des enfants dans les 6 derniers mois avant le décès (2021). Ce qui est préoccupant, considérant qu'il a été recensé qu'une consultation auprès d'un professionnel de la santé suite à une prise en charge des services sociaux pouvait réduire le risque d'une tentative de suicide par 73 % (Baiden et Fallon, 2018). Le manque de services semble donc contribuer au risque suicidaire des enfants.

**Le CRJDA.** Selon le rapport du CSDEPJ, des enjeux influençant le bien-être des enfants et des intervenants sont présents dans les CRJDA comme la surcharge d'enfant dans les unités, les ratios inadéquats, le personnel peu formé et le manque de soutien clinique (Gouvernement du Québec, 2021b). De plus, cette enquête a permis de faire état du manque de formation et de supervision à l'application des mesures de contrôle (Gouvernement du Québec, 2021b). Les mesures de contrôle sont des mesures appliquées par les intervenants pour assurer la sécurité des enfants ou celle d'autrui, comme une période d'isolement où l'enfant est embarré dans une pièce capitonnée suite à des comportements suicidaires. Ce qui est particulièrement inquiétant puisqu'un selon Bernard *et al.*, les mesures de contrôle peuvent être un moment critique au passage à l'acte suicidaire (Bernard *et al.*, 2019). Ainsi, ces enjeux sociaux accentuent le niveau de risque présent dans ce milieu de vie.

### ***Microsystème et mésosystème***

Les facteurs qui contribuent au risque suicidaire chez les enfants de 6 à 12 ans concernent majoritairement des situations difficiles au plan relationnel (Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Maltais *et al.*, 2019 ; MSSS, 2021 ; Bernard *et al.*, 2019 ; Stewart *et al.*, 2013). Les difficultés se manifestent généralement avec au moins un des parents (Maltais *et al.*, 2019) ; et sont présentes dans leur milieu de vie, leur milieu scolaire ou leur milieu familial (Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Sousa *et al.*, 2017 ;

Bernard *et al.*, 2019). Cela dit, les donneurs de soins et le personnel scolaire n'ont pas nécessairement les connaissances pour intervenir auprès de ces enfants ou encore pour les référer aux services en santé mentale ce qui contribue au risque et qui pourrait également expliquer le manque de services offerts. Bien que les milieux de vie en CRJDA soient peu documentés, cela n'est pas à négliger considérant qu'il est de la responsabilité des CRJDA de s'assurer que les services leur sont offerts ou qu'autrement ils doivent être référés vers les services appropriés le plus rapidement possible, comme l'évoque leur mission citée plus haut (article 84 de la LSSSS).

**Milieu familial.** Certes, évoluer dans un milieu familial carencé ou maltraitant ainsi que l'impulsivité parentale et les difficultés de communication intrafamiliale contribuent au risque suicidaire (Baux-Cazal *et al.*, 2017). Dans l'étude de Taussig *et al.*, parmi 21 donneurs de soins d'enfants avec un danger imminent, 14 n'étaient pas au courant du risque suicidaire de leur enfant (2014). Dans une étude auprès d'enfants dans différents milieux de vie, 10 % d'entre eux avaient rapporté vivre de la violence intrafamiliale lors de leur hospitalisation pour une TS (Berthod *et al.*, 2013). De plus, une situation de maltraitance actuelle peut contribuer au suicide d'un enfant (Stewart *et al.* 2013).

**Milieu scolaire.** Les facteurs contributifs recensés en milieu scolaire sont les difficultés disciplinaires, le fait de ressentir de la pression de la part des parents et des professeurs pour une meilleure performance scolaire (Bernard *et al.*, 2019) des périodes d'absentéisme scolaire ou des difficultés avec les pairs (Baux-Cazal *et al.*, 2017). Ces facteurs sont importants à considérer puisque les jeunes hébergés présentent des retards scolaires importants et ils ont un faible niveau de scolarisation ou de diplomation (Gouv. du Québec, 2021).

### ***Ontosystème***

La présence de comportements inadaptés, comme la répétition des comportements d'automutilation (Bernard *et al.*, 2019 ; Stewart *et al.*, 2013) ; ou la présence de propos suicidaires (Stewart *et al.*, 2013) ou d'idées suicidaires (Baux-Cazal *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019 Stewart *et al.*, 2013) sont des facteurs contributifs. Une répétition de comportements d'automutilation peut

entraîner une désensibilisation, une tolérance à la douleur augmentant le risque suicidaire (Bernard *et al.*, 2019 ; Stewart *et al.*, 2013). En outre, le fait de ressentir un sentiment de bien-être après un épisode d'automutilation, de ne pas craindre la mort ou une augmentation de l'impulsivité suite à un récent épisode d'automutilation contribue au risque d'un passage à l'acte suicidaire (Evans *et al.*, 2017).

### ***Chronosystème***

Certains facteurs peuvent avoir un effet plus important à un moment précis dans la vie d'un enfant (Bernard *et al.*, 2019). Des éléments chronologiques peuvent également contribuer, comme l'heure ou le moment de la journée. Effectivement une étude rapporte que selon le rapport du coroner de sept enfants hébergés en CRJDA, la majorité des suicides avaient eu lieu en soirée (Bernard *et al.*, 2019). Des facteurs contributifs liés à la situation de placement peuvent également accentuer le risque suicidaire, le nombre de changements de milieu de vie, le nombre de placement et la durée du placement (Taussig *et al.*, 2014). Les placements plus longs sont significativement plus liés au passage à l'acte suicidaire chez les enfants (Taussig *et al.*, 2014). De plus les enfants peuvent démontrer davantage de signes de détresse à certains moments de la programmation comme les lors des soins d'hygiène ou des temps seuls en chambre (Bernard *et al.*, 2019). Un évènement récent d'intimidation (Berthod *et al.*, 2013 ; Maltais, *et al.*, 2019 ; Bernard *et al.*, 2019) ou de cyberintimidation peut également contribuer à un passage à l'acte suicidaire (Maltais, *et al.*, 2019). D'ailleurs il y aurait plus de victimes d'intimidation chez les enfants suicidaires que chez les adolescents suicidaires (Berthod *et al.*, 2013). Dans une étude de Berthod *et al.*, plus de TS avaient été rapportés en juin, les auteurs rapportent que cela pourrait s'expliquer par le stress causé par les décisions à venir sur leur année suivante et la perte de l'encadrement scolaire (2013). En outre, les évènements ou les situations actuelles ou datant d'il y a moins d'un an comme le fait d'avoir fait une TS ou d'avoir été exposé au suicide, à une tentative de suicide ou à un geste suicidaire d'un proche dans la dernière année (Bernard *et al.*, 2019 ; MSSS, 2021). Considérant que les enfants sont plus sensibles à l'effet de contagion, l'exposition au suicide est donc à prendre au sérieux chez les 6 à 12 ans et d'autant plus chez la population autochtone vue les nombreux deuils souvent présents (Bernard *et al.*, 2019).

## **Facteurs précipitants**

Les facteurs de risque précipitants sont les facteurs qui peuvent déclencher un passage à l'acte suicidaire comme les facteurs environnementaux et proviennent du macrosystème, de l'exosystème du microsystème, du mésosystème et du chronosystème de l'enfant.

### ***Macrosystème et exosystème***

**L'accessibilité des moyens.** Le fait que les enfants qui se suicident utilisent généralement des moyens facilement accessibles comme la médication et la pendaison (Berthod *et al.*, 2013; Maltais, *et al.*, 2019 ; Preyde *et al.*, 2012) augmente l'urgence suicidaire des enfants. L'intoxication médicamenteuse serait le moyen utilisé chez plus de la moitié des jeunes dans un rapport fait au Québec (Maltais, *et al.*, 2019).

### ***Microsystème et mésosystème***

Un nombre important des déclencheurs recensés lors d'un passage à l'acte suicidaire chez les enfants de 6 à 12 ans sont d'ordre relationnel (Maltais *et al.*, 2019 ; Stewart *et al.*, 2013 ; Sousa *et al.*, 2017). Ils impliquent généralement une situation ou un sentiment d'abandon (Bernard *et al.*, 2019 ; Berthod *et al.*, 2013) de perte, de rupture significative ou amoureuse, de rejet, ou d'échec (Bernard *et al.*, 2019). Un des facteurs précipitants au passage à l'acte suicidaire important est lors d'un conflit avec les parents (Bernard *et al.*, 2019 ; Maltais, *et al.*, 2019). Les mesures disciplinaires sont d'importants facteurs précipitants chez les enfants (Sousa *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019). De plus, les abus sexuels durant l'enfance peuvent causer des symptômes traumatiques déclencheurs de passage à l'acte suicidaire (Stewart *et al.*, 2013).

### ***Chronosystème***

Les facteurs précipitants liés au temps sont les événements ponctuels qui augmentent l'urgence suicidaire. Les facteurs précipitants liés au placement sont l'annonce ou la mesure de placement ou un changement de milieu de vie (Bernard *et al.*, 2019; Taussig *et al.*, 2014 ; Baiden et Fallon, 2018). Les événements stressants recensés sont une comparution au tribunal, une

situation d'agression, de conflit ou anxiogène, une dénonciation d'abus, une période de retrait ou d'isolement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle (Bernard *et al.*, 2019) et une situation d'intimidation (Berthod *et al.*, 2013 ; Bernard *et al.*, 2019, et Sousa *et al.*, 2017). Le fait d'être laissé sans supervision, une situation de désorganisation majeure liée à un trouble mental comme une psychose, ou une période de décompensation pourraient également être une situation critique à un passage à l'acte suicidaire (MSSS, 2018).

Tableau 2

*Les facteurs qui augmentent le risque suicidaire chez les enfants de 6 à 12 ans hébergés en CRJDA*

Auteurs	Population étudiée	Facteurs prédisposants	Facteurs contributants	Facteurs précipitants
Baiden et Fallon, 2018	Les jeunes pris en charge par les services sociaux, incluant les enfants hébergés.	Maltraitance, abus sexuels ; caractéristiques individuelles ; trouble de santé mentale.	Manque de soutien et d'accessibilité aux services.	Placement.
Baux-Cazal, Gokalsing, Amadeo et Messiah, 2017	Les enfants de moins de 13 ans.	Troubles de santé mentale ou liée aux substances dans la famille ; antécédents suicidaires ; concept de mort.	Difficultés relationnelles ou familiales ; idées suicidaires.	
Bernard <i>et al.</i> , 2019	Les jeunes hébergés en CRJDA.	Antécédents : suicidaires familiaux, d'automutilation, d'intimidation ; être un garçon ; être autochtone ; concept de la mort ; effet de contagion ; trouble de santé mentale ; TS ou exposition au suicide d'un proche il y a plus d'un an.	Milieux d'hébergement ; fausses croyances ; difficultés relationnelles, familiales, en milieu scolaire ; automutilation ; IS ; le soir ; les moments seuls ; TS ou exposition au suicide dans la dernière année.	Mesure de contrôle ; perte, rupture, rejet, abandon, échec ; problèmes relationnels ; placement ; évènements stressants.

Auteurs	Population étudiée	Facteurs prédisposants	Facteurs contributants	Facteurs précipitants
Berthod <i>et al.</i> , 2013	Les enfants de 6 à 12 ans.	Dépression ; trouble de l'adaptation ; troubles du comportement ; plus de TS chez les filles ; parents séparés ; histoire de placement ; antécédents de TS ; traitement pharmacologique ; être un garçon ; vivre en foyer ou en FA ; Maltraitance, négligence, abus sexuels ; antécédents d'intimidation.	Sentiment d'abandon ; Perte d'un encadrement ; Prise de décision dans le milieu scolaire ; Familles considèrent TS comme accident.	
Evans <i>et al.</i> , 2017	Les enfants pris en charge par les services sociaux.	Historique familial de consommation ; maltraitance, abus physique ; troubles de santé mentale et liés aux substances.	Le placement ; troubles liés aux substances ; automutilation ; ne pas craindre la mort ; impulsivité.	

Auteurs	Population étudiée	Facteurs prédisposants	Facteurs contributants	Facteurs précipitants
Gouv. du Québec, 2021a	Les enfants pris en charge par la LPJ, incluant les enfants hébergés.	Motifs de signalement ; maltraitance ;		
Gouv. du Québec, 2021b	Les enfants hébergés en CRJDA.	Antécédents de placement ; Santé mentale et physique ;	Milieus d'hébergement manque de services ;	
Maltais et <i>al.</i> , 2019	Les enfants de moins de 12 ans.	Troubles liés aux substances ou de santé mentale dans la famille ; impulsivité ; troubles de santé mentale ; antécédent suicidaire et d'intimidation ; concept de la mort ; plus de TS chez les filles.	Milieu scolaire ; fausses croyances ; intimidation ou cyberintimidation ; difficultés relationnelles avec au moins 1 parent.	Conflit parent-enfant
MSSS, 2018	Les enfants hébergés en CRJDA.			Être sans supervision ; désorganisation majeure liée à un trouble de santé mentale.



Auteurs	Population étudiée	Facteurs prédisposants	Facteurs contribuant	Facteurs précipitants
MSSS, 2021	Les enfants hébergés en CRJDA.	Antécédents suicidaires et troubles de santé mentale familiaux ; maltraitance ; antécédents suicidaires ; histoire de placement ; trouble de santé mentale ;	TS dans la dernière année ; exposition au suicide dans la dernière année ;	Situation d'intimidation ; de rejet d'échec, de conflit, de placement.
Preyde <i>et al.</i> , 2012	Les jeunes pris en charge par les services sociaux.	Stade développemental ; intentionnalité suicidaire ; concept de la mort ;		Accessibilité des moyens
Ruch <i>et al.</i> , 2021	Les enfants pris en charge par les services sociaux qui sont décédés par suicide.	Antécédents d'automutilation, de consommation ; histoire de placement ; trouble de santé mentale ou physique	Manque de soutien et d'accessibilité aux services	
Sousa, Santos, Silva, Perrelli et Sougey, 2017	Les enfants de 10 à 14 ans.	Antécédent d'intimidation ; concept de la mort ; impulsivité ; difficultés scolaires ; stratégies d'adaptation au stress ; trouble de santé mentale.	Fausse croyance	Difficultés scolaires : intimidation, décrochage, mesure disciplinaire ; conflit relationnel.

Auteurs	Population étudiée	Facteurs prédisposants	Facteurs contribuant	Facteurs précipitants
Stewart <i>et al.</i> 2013	Les enfants hébergés.	Historique de maltraitance, placement, automutilation, IS, consommation ; DX : TC, dépression et TOP ; plus de TS chez les filles.	Automutilation ; propos suicidaire, IS ; situation de maltraitance ; difficultés relationnelles familiales.	Symptômes traumatiques ;
Taussig, <i>et al.</i> , 2014	Les enfants hébergés.	Intimidation	Donneurs de soins ; le placement ; abus physiques et sexuels.	Annonce du placement, changement de milieu de vie ; accessibilité et létalité des moyens.
Wanner, Vitaro, Tremblay et Turecki, 2012	Les enfants victimes de maltraitance.	Trajectoire développementale ; TC ; maltraitance, abus sexuels ; antécédents suicidaires et troubles de santé mentale familiaux ; impulsivité ; dépression.		

## **Discussion**

Le présent travail a pour but comprendre le phénomène du suicide chez les enfants hébergés en CRJDA. L'objectif de cette recension des écrits est de faire état des facteurs prédisposants, contribuant et précipitants au suicide de ces enfants.

### **Les facteurs prédisposants**

Les facteurs de l'ontosystème qui prédisposent les enfants hébergés au suicide sont les antécédents suicidaires, d'automutilation et de placement. Le trouble de santé mentale le plus recensé chez ces enfants est le trouble dépressif. Les facteurs des mésosystèmes et des microstèmes les plus recensés qui prédisposent les enfants au suicide sont le fait d'avoir un historique familial de troubles de santé mentale et le fait d'avoir été victime de maltraitance. Plus spécifiquement, les motifs de compromission qui augmentent le risque suicidaire sont les situations d'abus physiques, d'abus sexuels ou de négligence. Ce qui est particulièrement inquiétant considérant qu'outrent les mauvais traitements psychologiques, il s'agit de trois motifs de signalement les plus liés à ce groupe d'âge (Gouv. du Québec, 2021a). Effectivement, sur un total de 19 887 signalements retenus chez les 6-12 ans pour l'année 2022-2021, il y a eu 5789 signalements retenus en abus physique, 1221 signalements retenus en abus sexuel et 4558 signalements retenus en négligence (Gouv. du Québec, 2021a). De plus, le nombre de signalements retenus au total et pour les motifs de compromission d'abus physique, d'abus sexuel ou de négligence est nettement plus élevé chez les 6-12 ans que chez les adolescents. Effectivement en additionnant les tranches d'âge des jeunes de 13-15 ans et des jeunes de 16-17 ans, le taux de signalements total est de 9986, pour 1654 signalements en abus physique, 1148 signalements en abus sexuel et 1908 en négligence (Gouv. du Québec, 2021a). Le taux de signalement est également plus faible chez les plus jeunes enfants. Aucun facteur prédisposant n'a été recensé dans le chronosystème, cependant il serait intéressant d'évaluer si l'âge à laquelle l'enfant a été victime de maltraitance a un impact sur le risque suicidaire.

### **Les facteurs contributifs**

En ce qui concerne les facteurs contributifs, ils sont davantage d'ordre relationnel. Considérant que la présente recherche se centre sur les enfants hébergés, les données intéressantes seraient celles qui appartiennent aux unités de vie, aux relations avec les intervenants et les pairs. Cependant peu d'informations étaient disponibles. Il en ressort tout de même que dans les CRJDA, il y a un manque de soutien clinique, un manque de formation et un manque de supervision à l'application des mesures de contrôle (Gouv., 2021). Ce qui est particulièrement inquiétant puisqu'un retrait en chambre ou une période de retrait ou d'isolement peut s'avérer être un moment critique lié au passage à l'acte suicidaire (Bernard *et al.*, 2019).

En ce qui concerne le milieu scolaire, les facteurs recensés sont des difficultés d'ordre disciplinaire ou relationnel, la pression ressentie et des périodes d'absentéismes. La situation scolaire nous paraît donc également préoccupante considérant que les enfants hébergés doivent s'absenter régulièrement pour des rencontres ou par exemple pour des visites supervisées. De plus les comportements à l'école sont rapportés aux adultes qui gravitent autour de l'enfant ce qui peut mener à des conséquences lourdes de sens comme une prolongation de placement. En outre, les enfants qui sont hébergés ont davantage de retards académiques et les parents sont moins impliqués dans le parcours scolaire de leur enfant. Il est possible de croire qu'ils ont moins de soutien de leur proche pour affronter ces difficultés.

D'autres facteurs contributifs recensés chez l'enfant placé, sont la répétition de comportements d'automutilation et la présence et la fréquence d'idées suicidaires. Au plan plus global, les facteurs qui contribuent au risque suicidaire sont les fausses croyances qu'un enfant ne peut se suicider et le manque de soutien et d'accessibilité aux services. Cela dit, considérant ces fausses croyances, il est possible de croire que ces informations sont moins consignées chez les enfants et donc moins considérées dans l'analyse du risque.

### **Les facteurs précipitants**

Peu de facteurs précipitants ont été recensés, toutefois une situation d'intimidation peut déclencher un passage à l'acte suicidaire chez les enfants. De plus, l'urgence suicidaire des enfants hébergés est élevée considérant que les enfants utilisent des moyens létaux et facilement accessibles comme l'intoxication médicamenteuse et la pendaison.

### **Recommandations pour les pratiques en CRJDA**

Au plan clinique, les intervenants en réadaptation ont peu de contrôle sur plusieurs facteurs recensés. Effectivement comme pour la maltraitance, il est fort probable que les événements se soient déjà déroulés avant l'hébergement. Cependant, considérant que la majorité des enfants hébergés présentent des facteurs prédisposants et contribuant au suicide, il est important que les intervenants soient sensibilisés face à ces facteurs. L'identification des facteurs prédisposants et contribuant peut également être utile pour repérer les enfants vulnérables lors de chaque admission. Un outil standardisé et uniformisé pourrait être créé afin d'agir en prévention et permettre une meilleure saisie des données.

Bien que les abus sexuels soient un facteur de risque important, il est important de préciser que ce ne sont pas les intervenants qui travailleront directement sur cet aspect puisque cela nécessite une expertise professionnelle. Cependant, considérant la relation de confiance qui se crée entre les enfants et les intervenants, les intervenants deviennent des personnes significatives pour ces enfants. Ils sont donc souvent amenés à recevoir des témoignages ou des dénonciations d'abus sexuels. De plus, l'éducation sexuelle par l'entremise d'un programme adapté aux enfants peut aider à prévenir une situation d'abus sexuels. Ainsi, les intervenants impliqués directement auprès d'un enfant doivent donc être informés lorsqu'il y a présence d'antécédents d'abus sexuels. De plus, bien qu'il n'existe pas de grille d'estimation du risque suicidaire standardisé chez les moins de 14 ans, des protocoles formels devraient être uniformisés à travers les régions. Cela permettrait d'assurer les meilleures pratiques lors d'une évaluation des mesures de sécurité à mettre en place auprès d'un enfant dans une situation de risque suicidaire. Aussi, une formation pour intervenir en situation de risque suicidaire devrait être obligatoire pour les intervenants.

### **Recommandations pour la recherche**

Sur le plan de la recherche, il serait primordial qu'une collecte de données concernant les situations de risque suicidaire et les tentatives de suicide soit effectuée dans les CRJDA, d'autant plus que ces informations sont déjà saisies dans un logiciel uniformisé. Cela permettrait d'approfondir nos connaissances et ainsi d'élaborer des outils standardisés et des programmes adaptés aux besoins des enfants. Aussi, il serait intéressant de documenter davantage les facteurs qui appartiennent spécifiquement au CRJDA comme milieu de vie en s'adressant par exemple aux mesures de contention et d'isolement, aux visites supervisées et aux moments critiques propres au contexte (ex. : tribunal, sorties, fin de mesures, etc.). Cela permettrait de mettre en place des stratégies au moment opportun.

De plus, peu d'articles abordent les traumatismes complexes alors qu'ils sont étroitement liés à la maltraitance et que les idées suicidaires peuvent être une conséquence des traumatismes complexes. Le passage à l'acte semble être relié aux besoins affectifs des enfants et aux moments de coupure du lien. Il serait, donc intéressant de documenter les moments de départs ou de retours de sorties autant pour les enfants qui quittent chez leur parent que ceux qui demeurent au centre. Ou encore, lorsque leurs sorties avec leur famille sont annulées, ce qui est arrivé plusieurs fois avec la COVID-19.

Dans un même ordre d'idées, la pandémie a eu beaucoup de répercussions chez les enfants hébergés. Certains enfants n'ont pu voir leur famille pendant de longue période et plusieurs sorties étaient annulées ce qui rendait les contacts imprévisibles et anxiogènes. De plus, lorsqu'un enfant était positif à la COVID-19, il devait assumer une période d'isolement en chambre. Plusieurs enfants ont donc passé approximativement quatorze jours isolés dans leur chambre. Nous croyons également qu'il pourrait y avoir eu une augmentation de la cyberintimidation vu la scolarisation en ligne. Pour terminer, dans les futures recherches, il faudrait se pencher davantage sur les facteurs de protection ainsi que les facteurs précipitants au suicide chez les enfants hébergés puisque ce sont les facteurs sur lesquels les intervenants peuvent davantage agir.

### Conclusion

À prime à bord, peu d'articles sont disponibles sur le présent sujet de recherche. Le suicide est peu documenté chez les enfants (Sousa *et al.*, 2017). Concernant la population ciblée, selon l'enquête sur les droits des enfants en 2021, il n'existe pas de portrait à jour des caractéristiques des jeunes en CRJDA ou en foyer de groupe (Gouvernement du Québec). Effectivement, il y a peu d'informations accessibles sur les enfants décédés par suicide dans les CRJDA et plusieurs facteurs peuvent expliquer ce problème. D'abord, le suicide chez les enfants est un domaine de recherche récent (Baux-Cazal, *et al.*, 2017 ; Bernard *et al.*, 2019). Le suicide n'a pas toujours été considéré comme une cause de décès chez les enfants. Il est donc possible que chez certains enfants décédés, la cause du décès ait été classifiée dans la catégorie des causes externes et non du suicide. (Sousa *et al.*, 2017). De plus, les tentatives de suicide chez les enfants peuvent être perçues comme des accidents par les familles (Berthod *et al.*, 2013), ce qui peut également expliquer la banalisation du geste et le peu d'information sur le sujet. Il pourrait être intéressant de questionner les proches une fois le processus de deuil entamé pour avoir accès à davantage d'information. Effectivement, ces informations sont primordiales afin de bien comprendre ce phénomène, mais il est compréhensible que les proches ne soient pas en mesure de donner l'information peu de temps après l'évènement.

De plus, il est difficile d'établir l'intentionnalité derrière le geste chez les enfants (Maltais, *et al.*, 2019). Il en ressort que les enfants sont particulièrement à risque de faire une tentative de suicide de manière impulsive. Ils laissent donc moins d'indices et sont plus difficiles à repérer, de là l'importance d'identifier les enfants qui présente des facteurs prédisposants de manière préventive. Le fait que les enfants qui se suicident utilisent généralement des moyens facilement accessibles comme la médication et la pendaison est d'autant plus préoccupant, considérant le haut taux de prescription rapporté en CRJDA (Gouv. du Québec, 2021). Il faut donc être vigilant et agir rapidement auprès de cette clientèle à risque. Bien qu'il n'existe pas d'évaluation standardisée pour le risque suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans, il nous paraît évident qu'une évaluation prenant compte de l'ensemble des facteurs recensés devrait être effectuée lorsqu'un enfant est confié en CRJDA.

## Références

- American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), 5e édition. Elsevier Masson SAS. Issy-les-Moulineaux : APA.
- Baiden, P. et Fallon, B. (2018). Examining the association between suicidal behaviors and referral for mental health services among children involved in the child welfare system in Ontario, Canada. *Child Abuse Negl*, 79, 115-124. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.027
- Baux-Cazal, L., Gokalsing, E., Amadeo, S. et Messiah, A. (2017). Suicidal behavior prevention for children under age 13: A systematic review. *Encephale*, 43 (3), 273-280. doi : 10.1016/j.encep.2016.05.009
- Bernard, S., Joëlle, B. et Lapalme, M. (2019). *La gestion du risque suicidaire et des comportements d'automutilation chez les jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation - Cadre de référence clinique*. ISBN 978-2-550-83874-6 (PDF)
- Berthod, C., Giraud, C., Gansel, Y., Fournier, P. et Desombre, H. (2013). [Suicide attempts of 48 children aged 6-12 years]. *Arch Pediatr*, 20(12), 1296-1305. doi: 10.1016/j.arcped.2013.09.016
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard university press.  
[https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Bronfenbrenner+1979&ots=yzoVN\\_QPje&sig=u4ZxaPIY\\_CN2K3KwqNLCRRhn\\_dA#v=onepage&q=Bronfenbrenner%201979&f=false](https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=OCmbzWka6xUC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Bronfenbrenner+1979&ots=yzoVN_QPje&sig=u4ZxaPIY_CN2K3KwqNLCRRhn_dA#v=onepage&q=Bronfenbrenner%201979&f=false)
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H. et Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.09.020
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L M. (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380\\_rapport\\_quebecois\\_violence\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf)
- Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. (2022). Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 56 pages.

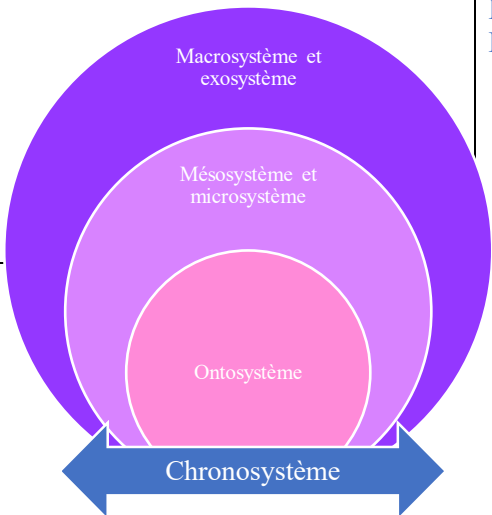


- Maltais, N., Genest, C. et Larue, C. (2019). Quand la détresse émotionnelle se traduit par des idées ou comportements suicidaires : une revue exploratoire (Scoping Review) sur le risque suicidaire chez les moins de 12 ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67 (4), 219-229. doi : 10.1016/j.neurenf.2019.03.002
- Preyde, M., Watkins, H., Csuzdi, N., Carter, J., Lazure, K., White, J., Penney, R., Ashbourne, G., Cameron, G. et Frensch, K. (2012). Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviour in Children and Adolescents Accessing Residential or Intensive Home-Based Mental Health Services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21, 278-281.
- Gouvernement du Québec. (2021a). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse et des directeurs provinciaux (publication n° 978-2-550-90098-6). Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2021b). Chapitre 7 : Humaniser les services de réadaptation. Dans Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse : Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes (pp. 241-261).
- Ruch, D. A., Steelesmith, D. L., Warner, L. A., Bridge, J. A., Campo, J. V. et Fontanella, C. A. (2021). Health Services Use by Children in the Welfare System Who Died by Suicide. *Pediatrics*, 147(4). doi: 10.1542/peds.2020-011585
- Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (publication n° 10-247-02). Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Loi sur la protection de la jeunesse. Éditeur officiel du Québec. (2021, 1er novembre). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/P-34.1.pdf>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. Éditeur officiel du Québec. (2021, 1er novembre). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/S-4.2.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Guide de soutien pour intervenir auprès des enfants de 5 à 13 ans à risque suicidaire*, 75 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille*. Publication du Québec.
- Sousa, G. S., Santos, M., Silva, A., Perrelli, J. G. A. et Sougey, E. B. (2017). Suicide in childhood: a literatura review. *Cien Saude Colet*, 22 (9), 3099-3110. doi : 10.1590/1413-81232017229.14582017

- Statistique Canada et Statistique de l'état civil (2017, février), *Bases de données sur les décès, Principales causes de décès chez les enfants de 1 à 17 ans, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2012*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/2015001/article/14680/tbl/tbl014-fra.htm>
- Stewart, S. L., Baiden, P., Theall-Honey, L. et den Dunnen, W. (2013). Deliberate Self-harm Among Children in Tertiary Care Residential Treatment: Prevalence and Correlates. *Child & Youth Care Forum*, 43(1), 63-81. doi: 10.1007/s10566-013-9225-y
- Taussig, H. N., Harpin, S. B. et Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreat*, 19(1), 17-26. doi: 10.1177/1077559514525503
- Wanner, B., Vitaro, F., Tremblay, R. E. et Turecki, G. (2012). Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychol Med*, 42(11), 2373-2382. doi: 10.1017/S0033291712000438

## **Appendice A**

Les facteurs de risque du suicide selon le modèle écosystémique

Facteurs prédisposants	Facteurs contribuant	Facteurs précipitants
	Fausses croyances ; Manque de service et de soutien ;	
Antécédents suicidaires familiaux Troubles de santé mentale familiaux ; Historique familial de consommation ; Parents séparés ; Maltraitance : abus sexuels, abus physique et négligence.	Difficultés relationnelles, familiales, ou en milieu scolaire ; Situation de maltraitance Intimidation ou cyberintimidation ; Perte d'un encadrement ; Prise de décision dans le milieu scolaire ;	Conflit parent-enfant Conflit relationnel Perte, rupture, rejet, abandon, échec ; Symptômes traumatiques induits ; Mesure disciplinaire ;
Antécédent suicidaire, d'intimidation, de placement ; Stade développemental, concept de la mort ; effet de contagion ; trouble de santé mentale ; Difficultés scolaires ; Être un garçon ou autochtone ; Impulsivité, intentionnalité suicidaire ; Santé mentale et physique ; Stratégies d'adaptation au stress ; Trouble de comportement ;	Idées suicidaires, propos suicidaires Impulsivité ; Ne pas craindre la mort ;	Accessibilité et létalité des moyens utilisés ; Désorganisation majeure liée à un trouble de santé mentale ;
TS ou exposition au suicide il y a plus d'un an ;  	Exposition au suicide d'un proche ou TS dans la dernière année ; Le placement ; Le soir ; les moments seuls ;	Être sans supervision ; Évènements stressants : comparution au tribunal, situation d'agression, de conflit d'intimidation ou anxiogène, une dénonciation d'abus, une période de retrait ou d'isolement, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, une mesure de contrôle ; l'annonce du placement, un changement de milieu de vie ;