Document generated on 08/05/2025 10:50 p.m.

Frontières

FRONTIÈRES

# La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins
## L'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire

Rodrigue Gallagher, M.A. and Marc Daigle, Ph. D.

Volume 21, Number 1, Fall 2008

Prévenir le suicide

URI: https://id.erudit.org/iderudit/037879ar
DOI: https://doi.org/10.7202/037879ar

See table of contents

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)
1916-0976 (digital)

Explore this journal

Cite this article

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

Article abstract

Although child suicide is a growing concern, very little documentation exists on the subject. Against this backdrop, a suicide intervention program was implemented in primary schools in a remote region of Quebec. This article presents the current knowledge of suicide among young children and the different ways of addressing the problem. It then describes the three components of the intervention program in question : identifying, supporting and referring students at suicide risk ; intervening and taking charge of at-risk students ; intervening with primary-school students following exposure to suicide. For each component, strategies and means are targeted. The experiment is largely innovative. It was evaluated and seems to meet the expectations of primary-school circles. However, more in-depth research into child suicide would allow further improving such interventions in the community.

Tous droits réservés © Université du Québec à Montréal, 2009

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

# La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins

## L'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire

**Résumé**

Dans un contexte où la problématique suicidaire chez les enfants est de plus en plus préoccupante et où il existe peu de documentation sur le sujet, le programme *Intervention-suicide en milieu scolaire primaire* a été élaboré et implanté dans une région du Québec. Le présent article explicite d'abord quelle est la problématique réelle du suicide chez les enfants, puis les différentes façons d'y faire face. Une dernière partie décrit sommairement le programme *Intervention-suicide* selon trois volets : repérage, soutien et référence des élèves à risque suicidaire ; intervention et prise en charge des élèves à risque suicidaire ; intervention à la suite d'un suicide dans l'entourage des élèves du primaire. Pour chacun des volets, des stratégies et des moyens sont ciblés. L'expérience est relativement novatrice ; elle a été évaluée et elle semble répondre aux attentes du milieu. Cependant, des recherches plus poussées sur le suicide chez les enfants permettraient encore de bonifier de telles interventions dans la communauté.

Mots clés : *suicide – prévention – scolaire – enfant – évaluation.*

**Abstract**

Although child suicide is a growing concern, very little documentation exists on the subject. Against this backdrop, a suicide intervention program was implemented in primary schools in a remote region of Quebec. This article presents the current knowledge of suicide among young children and the different ways of addressing the problem. It then describes the three components of the intervention program in question : identifying, supporting and referring students at suicide risk ; intervening and taking charge of at-risk students ; intervening with primary-school students following exposure to suicide. For each component, strategies and means are targeted. The experiment is largely innovative. It was evaluated and seems to meet the expectations of primary-school circles. However, more in-depth research into child suicide would allow further improving such interventions in the community.

Keywords : *suicide – prevention – school – child – intervention.*

Rodrigue Gallagher, M.A.,
agent de planification, programmation et recherche,
Direction de santé publique et de l'évaluation,
ASSS de Chaudière-Appalaches.

Marc Daigle, Ph. D.,
professeur, Département de psychologie,
Université du Québec à Trois-Rivières,
membre chercheur, CRISE, chercheur titulaire,
Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Les décès par suicide sont rares chez les enfants de 5 à 12 ans. Toutefois, les manifestations suicidaires et de détresse psychologique sont plus fréquentes actuellement qu'il y a dix ans dans les écoles primaires. C'est du moins l'un des constats qu'en dégage le premier auteur pour avoir côtoyé, durant les douze dernières années, des professionnels de l'enfance, des enseignants, des directeurs d'écoles primaires et des parents d'enfants d'âge scolaire primaire, dans le cadre de ses fonctions à la Direction de santé publique (DSP) Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Ce qui est apparu le plus préoccupant au terme du mandat confié à la DSP d'élaborer un programme d'intervention-suicide à l'intention des écoles primaires, c'est de constater à quel point le problème du suicide chez les enfants semble méconnu et sous-estimé dans la population, mais aussi chez le personnel scolaire et les intervenants psychosociaux. Les adultes qui gravitent dans l'environnement des enfants à l'école se sentent, plus souvent qu'autrement, impuissants à réagir lorsqu'un enfant exprime des idées suicidaires. Certains se retrouvent même en situation de panique devant un enfant qui verbalise des intentions de mort ou de suicide.

C'est donc à la lumière de ces constats que la DSP, les commissions scolaires (CS) et les Centres de santé et services sociaux (CSSS) de la Gaspésie ont convenu d'im-

planter le programme *Intervention-suicide en milieu scolaire primaire en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine*. Le présent article explicite d'abord la problématique du suicide chez les enfants d'âge scolaire primaire. Ensuite, des stratégies d'intervention sont ciblées et brièvement présentées. Une troisième partie décrit sommairement le programme *Intervention-suicide* lui-même. Dans ce même numéro de la revue *Frontières*, un autre article (Daigle *et al*., 2009) rapporte l'évaluation de ce programme qui a été réalisée récemment.

## PROBLÈME DU SUICIDE CHEZ LES ENFANTS

### AMPLEUR DU PROBLÈME

Même si le suicide demeure un phénomène rare chez les enfants d'âge scolaire primaire, il n'en demeure pas moins une réalité dont il faut se soucier. Au Québec, six enfants âgés de 11 et 12 ans se sont enlevé la vie entre 1987 et 1990. Quelques années plus tard, soit de 1995 à 2001, c'est vingt-neuf enfants québécois qui ont posé ce geste fatal. Ils étaient âgés entre 8 et 12 ans (MSSS, 1975-, Fichier des décès). « En moyenne pour les années 1999 à 2006, 8,38 enfants québécois âgés entre 0 et 14 ans se sont enlevé la vie annuellement. Cela représente un taux moyen de 0,65 par 100 000 enfants » (Saint-Laurent *et al*., 2008). Au Québec, de 1999 à 2004, on a aussi enregistré 81 hospitalisations pour tentative de suicide chez des enfants âgés de 6 à 12 ans. Les hospitalisations pour tentative de suicide demeurent néanmoins marginales chez les plus jeunes enfants. Plus les enfants sont âgés, plus le nombre d'hospitalisations augmente. C'est à l'âge de 12 ans que l'on constate un nombre significatif, soit 41 (MSSS, 1981-, Fichier Med-Écho). Quant aux idéations suicidaires, l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* 1999 (Aubin *et al*., 2002) indique que 8 % des enfants de 9 ans et 7 % de ceux de 13 ans ont pensé au suicide dans les douze mois précédant l'étude. Ces données, quoique partielles et incomplètes, sont des indicateurs inquiétants nous laissant croire que le problème du suicide est peut-être en voie de s'infiltrer lentement au sein de ce groupe de la population.

### FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AU SUICIDE CHEZ LES ENFANTS

Les facteurs de risque suicidaire chez les enfants âgés de 12 ans et moins sont à ce jour peu documentés dans la littérature. Toutefois, certaines recherches suggèrent de porter une attention particulière à des facteurs de risque tels qu'un système familial perturbé ou dysfonctionnel, des mécanismes d'adaptation déficitaires, des troubles de santé mentale ou neurologiques, un tempérament jugé difficile, des difficultés persistantes d'intégration sociale.

Au plan du système familial, Lambin (2004) précise que les résultats de recherches sont contradictoires quant à l'influence que peut exercer la famille sur le développement du potentiel suicidaire d'un enfant. Selon l'auteure, on observe dans bon nombre de cas que l'enfant suicidaire appartient à une famille qui ne présente aucun élément de dysfonctionnement. Toutefois, elle fait le constat que plusieurs jeunes enfants décédés par suicide ou faisant des tentatives de suicide répétées proviennent de familles extrêmement perturbées, qui présentent des problématiques lourdes de conduites suicidaires, de négligence parentale, d'abus et de pathologies psychiatriques. Quoi qu'il en soit, nous pouvons supposer, à l'instar de Lambin, que plus un enfant vit dans un milieu familial perturbé, est victime d'abus ou de négligence parentale et mis en présence d'individus suicidaires, plus il risque de développer un état suicidaire à un moment de sa vie où il sera vulnérable. À cet effet, diverses recherches nous amènent à constater qu'un système familial perturbé ou dysfonctionnel peut contribuer à introduire un état suicidaire chez l'enfant : parents violents et agresseurs, psychopathologie chez les parents, séparation, divorce ou décès d'un parent, antécédents suicidaires dans la famille, relations ambivalentes au sein de la famille, présence de problèmes insolubles dans la famille, enfants non désirés (Lambin, 2004).

Ainsi, Bigras et ses collègues (1999) rapportent que les comportements autodestructeurs et suicidaires se manifestent habituellement à la suite d'un incident au cours duquel l'enfant avait été battu par un parent. Dans ce contexte de violence familiale, le comportement suicidaire serait plus fréquent chez les enfants victimes d'agression sexuelle. Il existerait aussi un lien entre le comportement suicidaire et une psychopathologie chez un des parents (Garfinkel *et al*., 1982). Les enfants suicidaires risquent également davantage d'être issus de familles où les parents sont séparés ou ont divorcé, ou bien de familles monoparentales. Ainsi, une majorité d'enfants qui ont fait une tentative de suicide avait vécu une perte importante, une séparation ou un anniversaire de perte dans les deux à trois semaines précédant la tentative (Thompson *et al*., 1999). Cohen-Sandler *et al.* (1982) ont observé que des enfants suicidaires âgés de 5 à 14 ans avaient été exposés à des facteurs de stress plus importants, comme le divorce des parents ou l'hospitalisation d'un parent, que des enfants dépressifs non suicidaires ou des enfants éprouvant d'autres troubles psychiatriques en milieu hospitalier. Pour sa part, Lemay (1995) constate que, dans la plupart des cas d'enfants suicidaires qu'il a suivis, on retrouve des phases intenses de rapprochement où des promesses de vie meilleure sont faites mais non respectées par les parents. Des périodes de rejet sont habituellement déclenchées à la fois par une crise conjugale et par la recrudescence des symptômes d'opposition de la part de l'enfant. Dans la plupart des cas, les familles de ces enfants suicidaires offrent peu de soutien.

En résumé, nous devons donc retenir ici qu'un système familial perturbé ou dysfonctionnel doit être considéré, non pas comme la cause, mais comme un facteur de risque prédisposant aux conduites suicidaires d'un enfant. Dans une perspective d'intervention, il est donc souhaitable de faire une évaluation approfondie de la situation actuelle de l'enfant, incluant une recherche d'information sur le fonctionnement familial.

### MÉCANISMES D'ADAPTATION DÉFICITAIRES ET RISQUE SUICIDAIRE

Depuis quelques années, un nombre croissant de recherches soutiennent la relation entre le suicide et les événements stressants chez les jeunes. Bigras *et al*. (1999) rapportent qu'une majorité d'enfants vulnérables et à risque suicidaire utilisent peu de stratégies adaptatives pour résoudre un problème, pour gérer le stress, pour faire face à un conflit, tout simplement parce qu'ils ne les ont pas apprises et ne les connaissent pas. Ils relèvent que les enfants qui manifestent un comportement suicidaire n'ont pas de capacité de résolution de problèmes ou appliquent des techniques médiocres. Ces enfants suicidaires ont un style cognitif plus rigide et sont moins capables de voir des solutions de rechange devant des expériences de vie difficiles.

### PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET RISQUE SUICIDAIRE

Lambin (2004) décrit les principaux troubles psychiatriques ayant une incidence sur l'état suicidaire des adolescents et des enfants. Chez les enfants, la dépression majeure toucherait autant de garçons que de filles. Le non-traitement de la dépression majeure augmente de façon significative le risque suicidaire et ce risque est d'autant accru si l'intensité est forte. Par ailleurs, il y a trois fois plus de risque que les enfants souffrent de dépression lorsqu'un parent est affecté par cette maladie. Dans le cas des de troubles

anxieux, tels qu'une phobie sociale ou un trouble d'anxiété généralisée, l'enfant qui souffre sent bien alors que personne ne peut saisir l'acuité de son mal et il redoute que ce mal soit sans fin à cause de ses tendances à exagérer et à dramatiser. Si l'enfant présente des idées obsessionnelles et des gestes compulsifs, il se trouve pris dans un cercle infernal où le soulagement qu'il éprouve lors des rituels est éphémère. Malgré l'inefficacité des compulsions à le soulager, il en augmentera en vain la fréquence et la durée, ne récoltant qu'une tension intérieure encore plus grande. Épuisé, il peut envisager le suicide comme seule solution à un état qui le mine chaque jour sans cesse. Quant à l'enfant présentant un trouble de stress post-traumatique, il peut se sentir continuellement envahi par ses traumas passés, se sentir vulnérable et se confiner dans une position de victime. Le suicide est alors envisagé comme une issue.

Lambin rapporte par ailleurs, que les enfants et adolescents suivis par les centres jeunesse présentent un risque de suicide particulièrement élevé s'ils ont connu de multiples placements, s'ils ont fait des tentatives de suicide antérieures et s'ils présentent plus d'un trouble psychiatrique. Ces jeunes présentent des troubles de comportements extériorisés (c.-à-d. troubles de la conduite, trouble oppositionnel, trouble de déficit de l'attention et hyperactivité). D'autres peuvent présenter un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux. De fait, il existe une forte comorbidité entre ces différents troubles. De plus, beaucoup de ces jeunes sont issus de milieux dysfonctionnels et sont victimes d'abus, de négligences et de carences multiples. Dans de telles circonstances, il arrive que des enfants attentent à leur vie et puissent mourir (Lambin, 2004). Le risque suicidaire pourrait être particulièrement élevé au moment où ces enfants quittent le centre jeunesse ou la famille d'accueil pour un congé de sortie ou de fin de séjour, particulièrement si la perspective du départ définitif réactive chez eux des traumatismes d'abandon. Cette vulnérabilité qui se manifeste au moment des transitions est exacerbée si le milieu familial ne peut les accueillir ou les soutenir. Sans sécurité face à l'avenir, souvent impulsifs et irréfléchis dans leurs actions (d'autant plus s'ils souffrent d'un déficit de l'attention), ils cumulent les bêtises qui les entraînent dans une spirale dont ils ne voient plus la fin. Certains peuvent développer des comportements d'automutilation, espérant ainsi être soulagés d'une tension intérieure insupportable bien qu'invisible. Les traces sur leur corps deviennent la représentation de ce qui les consume intérieurement. Pour d'autres, si le placement se prolonge, cela les prive d'une liberté dont malheureusement ils ne savent souvent que faire. Ils ont le sentiment d'être pris dans une souricière et ils peuvent alors poser un geste suicidaire dans une tentative désespérée de crier leur impuissance et leur souffrance. Ils obtiennent de cette manière l'attention des intervenants, les forçant à une surveillance continue qui les étouffe et les sécurise à la fois. Ils reproduisent ainsi la violence dont ils ont pu avoir été victimes dans le passé et sont prisonniers de ce mode relationnel très insatisfaisant (Lambin, 2004).

Finalement, Lambin note que les enfants souffrant d'un déficit de l'attention et d'hyperactivité provoquent souvent un essoufflement dans leur entourage à cause de la fréquence, de la persistance et de la récurrence des symptômes. L'enfant vit alors une grande dévalorisation, compte tenu des réprimandes, reproches, conséquences, sanctions et mouvements d'exaspération à son égard. Les gestes suicidaires peuvent alors survenir de façon très impulsive, alors que l'enfant est sans espoir que les choses changent.

### TEMPÉRAMENT DIFFICILE ET RISQUE SUICIDAIRE

Le tempérament d'un jeune (enfant ou adolescent) doit être considéré dans l'évaluation du risque suicidaire (Lambin, 2004). Selon l'auteure, certains traits de la personnalité peuvent avoir une incidence très tôt dans le développement d'un risque suicidaire, notamment : l'impulsivité, le perfectionnisme, la rigidité de la pensée et des attitudes, le pessimisme et le manque permanent d'espoir, le seuil de tolérance très bas à la frustration, le caractère très excessif, le besoin insatiable d'être aimé, l'anxiété, la culpabilité, la passivité. Tous ces traits de personnalité influencent l'enfant dans sa capacité à résoudre les difficultés qui surgissent dans sa vie. Ils peuvent avoir un impact sur le développement d'un état suicidaire, sur la précipitation d'une crise suicidaire et sur l'utilisation de moyens pour faire une tentative (Lambin, 2004).

### DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION SOCIALE ET RISQUE SUICIDAIRE

Un enfant bien intégré socialement est susceptible d'avoir une bonne estime de soi et une confiance en lui-même. Il possède généralement de bonnes habiletés sociales. À l'inverse un enfant qui éprouve des difficultés d'intégration sociale est davantage à risque de dépression, d'anxiété, d'isolement et de comportements suicidaires. Dans ce contexte, deux composantes sont à considérer dans le risque suicidaire chez les enfants : le rejet social et l'intimidation. Le rejet social fait généralement référence à une dévalorisation et à de l'antipathie par la plupart des membres du groupe de pairs. Cette antipathie peut être, à différents degrés, accompagnée de victimisation, d'exclusion ou d'isolement intentionnel des activités des pairs (McDougall *et al*., 2001). Un enfant subissant du rejet de la part de ses pairs est plus à risque de développer des sentiments de détresse psychologique, dont des sentiments dépressifs. Comparativement à ses pairs plus acceptés, celui-ci est plus susceptible de présenter un niveau élevé de solitude et d'insatisfaction sociale ainsi qu'une perception de lui-même moins positive (Erdley *et al*., 2001 ; Boivin *et al*., 1997). Des trajectoires développementales de retrait ou d'agressivité, ainsi que le rejet qui en découle, sont propices à amener l'enfant à éprouver des difficultés, dont des sentiments dépressifs (Gifford-Smith *et al*., 2003 ; McDougall *et al*., 2001 ; Hecht *et al*., 1998). Le rejet persistant est propice à l'apparition d'un état suicidaire ou encore il peut précipiter un passage à l'acte. Quant aux enfants qui subissent de l'intimidation, les impacts sur les victimes peuvent comprendre des symptômes liés au stress (insomnie, dépression, etc.), une faible estime de soi, une baisse du rendement scolaire, l'évitement de l'école, l'humiliation, la peur, des comportements autodestructeurs ou une augmentation du risque suicidaire (Ziegler *et al*, 1991).

### DISCOURS SOCIAL, MÉDIATIQUE ET PARENTAL NORMALISANT L'OPTION DU SUICIDE

Les enfants entendent parler du suicide en discutant avec d'autres enfants et en regardant la télévision. Le suicide y est souvent représenté comme un acte héroïque commis par un personnage fictif se trouvant dans une situation sans issue. Aussi, dans les dessins animés, il arrive que les personnages menacent de se suicider pour obtenir que l'on acquiesce à une demande déraisonnable (Mishara, 1996). À travers les émissions jeunesse, les enfants peuvent percevoir que notre société offre relativement peu de résistance au suicide. Selon Émile Durkheim (cité dans Lefebvre, 1999), « Ce qui peut contribuer au développement du suicide […], ce n'est pas le fait d'en parler, c'est la manière dont on en parle ». En ce sens, on peut supposer qu'une certaine forme de « normalisation sociale » face au suicide est un message que même les enfants peuvent capter. Les plus vulnérables risquent ainsi d'être davantage exposés et plus sensibles à ce discours d'adultes. Certains enfants pourraient ainsi décoder le suicide comme une solution acceptable « lorsqu'on a trop mal dans notre cœur ». Le risque d'intro-

duire un état suicidaire pourrait même être plus élevé chez les enfants déjà vulnérables qui attribuent à la mort des pouvoirs magiques.

### PROCESSUS SUICIDAIRE CHEZ LES ENFANTS

Chez les adultes, le processus suicidaire se produit habituellement à l'intérieur d'un cheminement où la personne à risque de suicide et en état de déséquilibre n'a pas réussi à trouver des solutions adéquates à sa souffrance. Le processus suicidaire est souvent illustré sous forme d'entonnoir dans la littérature (Association québécoise de prévention du suicide, 2001). Il se déroule en six étapes : *flash* suicidaire, idéation, rumination, cristallisation, élaboration du plan suicidaire, passage à l'acte. On utilise ces étapes comme indicateurs de l'état de désorganisation de l'adulte en détresse. Chez les enfants, le processus suicidaire n'est pas aussi bien documenté et on peut penser qu'il est bien différent, compte tenu de leur jeune âge, de leur maturité et de leurs expériences particulières liées au concept de mort et de suicide. Ainsi, un enfant peut poser un geste suicidaire sans traverser successivement toutes les six étapes. Il peut aussi avoir des idées de suicide récurrentes sans jamais passer à l'acte. Le modèle de « l'entonnoir » ne tiendrait donc pas compte ici d'éléments prépondérants comme l'impulsivité liée au geste suicidaire, laquelle augmenterait pourtant jusqu'à six fois le risque de suicide (Lambin, 2004). De plus, les sphères cognitives, intellectuelles et affectives chez l'enfant étant au début de leur développement, elles ne lui permettent pas de traverser les étapes du processus suicidaire, telles qu'on les connaît chez l'adulte (Bigras *et al*., 1999). Les enfants à risque suicidaire, encore plus que les adolescents, peuvent donc passer à l'acte avec une très grande rapidité. À cet âge, il faut donc être attentif au fait qu'il y a une combinaison redoutable d'impulsivité, de pauvreté relative du langage et de mauvaise compréhension de la réalité de la mort qui peut amener un enfant déjà vulnérable à passer à l'acte de façon très rapide (Lemay, 1995). Plus l'enfant est jeune et plus le processus suicidaire risque d'être court ou tout simplement absent, plus l'impulsivité risque d'être présente, plus les signes avant-coureurs seront difficiles à percevoir et plus le moyen utilisé sera brutal. Certains enfants plus jeunes choisissent une méthode facilement accessible qui ne requiert aucun préparatif : défenestration, absorption de médicaments, noyade, accident de la route, etc. Plus l'enfant est âgé et a vécu des expériences de pertes et de mort dans son entourage, et plus les sphères cognitives et affectives sont développées, plus le processus suicidaire, tel qu'il apparaît chez les adolescents et les adultes, prendra forme (Lemay, 1995). Dans ce contexte, une évaluation du risque suicidaire chez l'enfant, avec un outil comme la *Grille d'évaluation de l'urgence suicidaire (*comment, où, quand : *COQ)* telle qu'elle est utilisée avec les adultes, ne serait pas appropriée ni applicable, à tout le moins dans son intégralité. En absence d'instrument d'évaluation reconnu, il serait donc prudent de prendre en charge systématiquement toute expression suicidaire chez l'enfant par un travail d'équipe, de même que par la mobilisation des parents et leur intégration au plan d'intervention.

### TENTATIVES DE SUICIDE ET ÉQUIVALENTS SUICIDAIRES CHEZ LES ENFANTS

Chez les enfants d'âge scolaire primaire, et en particulier chez les plus jeunes, il demeure relativement difficile d'identifier dans bien des cas si l'événement qui nous mobilise est une tentative de suicide ou un accident. C'est pourquoi une attention particulière doit être portée aux équivalents suicidaires, c'est-à-dire aux accidents domestiques à répétition, aux prises de risque systématiques et aux automutilations (Malka *et al*., 2003). Les enfants qui ont ces comportements ne sont pas toujours totalement conscients qu'ils souhaitent la mort. Certains se placent en situation de danger en ayant à la fois une attirance, une insouciance ou une attitude de défi face à la mort, d'autant plus que l'impulsivité caractérise souvent les enfants suicidaires. Pour plusieurs d'entre eux, ce sont les sentiments d'invulnérabilité ou de toute-puissance qui dominent. D'autres ont tendance à voiler ensuite la réalité en parlant de malchance, de maladresse ou de jeux irréfléchis, ce qui peut laisser croire à un accident aux yeux des adultes.

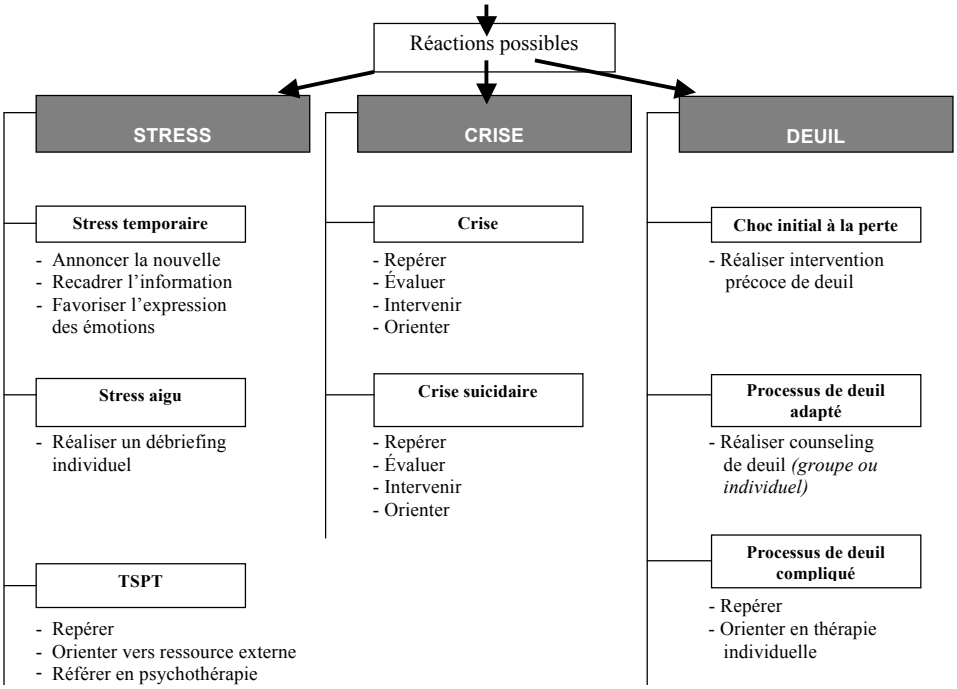
Ces enfants sont plus susceptibles de vivre des situations répétées de stress au sein de la famille ou à l'école. Certains d'entre eux vivent des états de tension devenus insupportables qu'ils tentent ainsi de libérer de manière inappropriée. Par ce geste, ils essayent de faire passer un message qui souvent n'est pas entendu. C'est avant tout la résistance des adultes à reconnaître la réalité de la problématique suicidaire chez l'enfant qui rend son repérage difficile (Malka *et al*., 2003). Chez un enfant, tout comportement d'apparence suicidaire doit donc être pris au sérieux, qu'il s'agisse d'une tentative de suicide clairement exprimée ou de conduites à risque qui sont banales en apparence. On en appelle ici à : la capacité des parents à entendre la souffrance de leur enfant, à se mobiliser et à accepter de l'aide ; la sensibilité du personnel scolaire à repérer la détresse qui se cache derrière des accidents à répétition dans la cour d'école ; une véritable reconnaissance de ce problème chez les professionnels de la santé (Gallagher, 2006).

### RÉACTIONS DES ENFANTS À LA SUITE D'UN SUICIDE DANS LEUR ENTOURAGE

Lorsqu'il survient, le suicide provoque des réactions inhabituelles chez les enfants, comme chez les adultes et les adolescents. Selon Séguin et ses collègues (2004), il peut s'agir de réactions de deuil, de stress ou de crise. Chez les enfants, lorsqu'un suicide survient en contexte scolaire, les réactions de stress temporaires sont généralement les plus courantes (Gallagher, 2005). Elles se traduisent le plus souvent par un climat de fébrilité et par la circulation de nombreuses rumeurs. L'objet de ces rumeurs déforme souvent la réalité en dénaturant, par exemple, les circonstances du suicide et le moyen utilisé. Par le fait même, elles contribuent à maintenir inutilement un niveau de stress élevé. Ainsi, des enfants ont de la peine à faire abstraction de l'événement pour vaquer à leurs activités quotidiennes. Certains peuvent être agités, inquiets, préoccupés par ce qui se passe dans leur environnement, alors que d'autres ne comprennent pas ce qui arrive. Par ailleurs, il est possible que des enfants développent des réactions de stress aigu s'ils sont témoins ou exposés directement à l'événement. Chez les enfants déjà vulnérables psychologiquement, un événement tragique comme un suicide risque de déclencher des réactions de détresse psychologique ou des réactions de crise suicidaire, et ce, même si l'enfant ne connaît pas intimement la personne décédée. Il s'agit dans ce contexte d'enfants dont l'événement vient accentuer une vulnérabilité déjà présente. Par ailleurs, les réactions de deuil sont associées aux enfants qui connaissaient bien la personne décédée (un enseignant, un membre de la famille, un ami, etc.) et qui partageaient avec elle un lien significatif. Rappelons que les étapes du deuil (le choc, la protestation, la désorganisation, la réorganisation) sont les mêmes chez les enfants que chez les adultes et les adolescents. Toutefois, les réactions à toutes ces étapes se manifestent différemment. Compte tenu que tous les enfants ne sont pas touchés de la même manière par un tel événement tragique, certains auront donc besoin d'aide professionnelle alors que d'autres trouveront auprès de leurs proches le soutien nécessaire (Gallagher, 2005).

**TABLEAU 1**

STRATÉGIES D'INTERVENTION À LA SUITE D'UN SUICIDE DANS L'ENTOURAGE D'UN ENFANT*




* Les informations du tableau ci-dessus sont tirées de Séguin *et al.* (2004).

## COMMENT INTERVENIR AUPRÈS DES ENFANTS TOUCHÉS PAR LE PROBLÈME DU SUICIDE ?

Comme le problème du suicide chez les enfants demeure à ce jour largement méconnu, les stratégies de repérage, d'intervention et de postvention sont peu documentées ou développées pour cette clientèle. Néanmoins, à partir des connaissances dont nous disposons et dont nous avons fait état précédemment, il nous est possible d'identifier des pistes d'actions susceptibles de prévenir le suicide chez les enfants dans des milieux comme les écoles primaires. Ces connaissances fournissent suffisamment d'éléments pour nous permettre de repérer et d'agir sur des facteurs de risque associés au suicide dans ce groupe de la population. Notons au passage que les personnes les mieux placées pour intervenir en première ligne auprès des enfants à risque suicidaire se retrouvent bien souvent dans les écoles primaires (enseignants, directeurs, intervenants psychosociaux), dans les services de garde (éducatrices ou autres) et dans certains organismes tels que les maisons d'hébergement (intervenants psychosociaux, direction) pour femmes et enfants exposés à la violence conjugale. Dans le cadre de la démarche réalisée en prévention du suicide en milieu scolaire primaire dans la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, certaines stratégies d'actions ont été retenues pour repérer les enfants à risque suicidaire et agir sur les facteurs de risque suicidaire. Ces stratégies visent plus spécifiquement à : repérer les indices d'une expression suicidaire ; évaluer la gravité de la situation ; agir sur les facteurs de risque et de protection. En parallèle, une quatrième approche vise aussi à réduire les impacts d'un suicide sur l'entourage des enfants.

### REPÉRER LES SIGNES D'EXPRESSIONS SUICIDAIRES

Il est important de reconnaître les indices d'une expression suicidaire pour que les enfants à risque puissent recevoir l'aide appropriée. Ceux-ci auront des capacités verbales différentes, selon leur âge, pour communiquer ce qui ne va pas. Les plus jeunes ont de la difficulté à verbaliser leurs émotions et les facteurs qui expliquent leur état d'être (Bhatia *et al.*, 2007). Certains peuvent exprimer subtilement leurs intentions suicidaires, mais c'est souvent la façon dont nous décodons ces messages qui suscitera ou non la confidence. Les indices d'expression suicidaire sont diversifiés (Gallagher, 2005). Ils se traduisent généralement par des messages verbaux directs et indirects (par exemple : « J'aimerais mieux être mort, je m'en vais rejoindre mon père au ciel »), des préoccupations excessives face à la mort (par exemple : poser des questions continues sur la mort ou le suicide), des croyances et des pouvoirs qu'ils attribuent à la mort et au suicide (par exemple : croire qu'il est possible de mourir et de se réincarner en un être suprême possédant des pouvoir surnaturels afin de se venger de quelqu'un), des symptômes psychologiques et physiques (par exemple : état dépressif, agitation constante ou, à l'inverse, comportement amorphe persistant), ainsi que par des comportements inhabituels (par exemple : conduites à risque, imprudentes et dangereuses). En plus de participer au repérage des indices du risque suicidaire, certains adultes de l'école peuvent aider les enfants repérés à verbaliser leurs sentiments, leurs besoins et les accompagner ensuite vers une ressource d'aide spécifique. Même si les enfants n'ont pas des habiletés de communication claire, il nous incombe de décoder leurs messages.

### ÉVALUER LA SITUATION DE L'ENFANT

L'expression suicidaire, lorsqu'elle est repérée, appelle ensuite à une évaluation plus précise de la situation. Cela nécessite une exploration de la situation vécue par l'enfant et de ce qu'il y a comme problème sous-jacent (Renaud, 2006). Pour bien évaluer la situation, il faut rencontrer l'enfant et ses parents et s'attarder aux facteurs de risque ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'aggraver le potentiel suicidaire déjà présent chez l'enfant. Cette responsabilité revient généralement à des intervenants psychosociaux désignés dans l'école (le psychologue, le psychoéducateur, le travailleur social). Il devra porter une attention particulière aux facteurs suivants : intentions suicidaires de l'enfant (mises en danger intentionnelles, comment, où, quand, collaboration, reconnaissance du problème, etc.) ; intensité des émotions par rapport à l'événement déclencheur ; croyances et pouvoirs attribués à la mort et au suicide ; indices d'un état de détresse psychologique et de troubles psychiatriques ; persistance, gravité ou accumulation de stresseurs dans la famille, à l'école ou ailleurs et capacité de l'enfant à composer avec la situation ; impulsivité de l'enfant, imprévisibilité de ses réactions, pertes de contrôle, etc. ; dispositions parentales, des milieux scolaires et du réseau de la santé à reconnaître le problème, à se mobiliser, à collaborer. Il importe plus particulièrement de déterminer s'il y a présence de maladie mentale ou bien s'il s'agit d'une situation de crise ou d'impasse familiale et psychosociale (Renaud, 2006). Dans toutes les situations, une intervention avec la famille sera essentielle.

### AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

Selon l'état suicidaire de l'enfant (présence de facteurs de risque et de facteurs aggravants), il importe de déterminer les objectifs recherchés dans l'intervention : assurer la sécurité de l'enfant lorsque nécessaire ; établir et maintenir une alliance thérapeutique avec l'enfant et ses parents ; intervenir rapidement sur les facteurs aggravants ; réduire la présence des facteurs prédisposants ; renforcer les facteurs de protection ; réévaluer le risque suicidaire et la sécurité de l'enfant. L'atteinte de ces objectifs se fera idéalement en liaison avec les 1re, 2e et 3e lignes du réseau de la santé et des services sociaux.

### RÉDUIRE LES IMPACTS ASSOCIÉS À UN SUICIDE DANS L'ENTOURAGE DES ENFANTS

Comme nous l'avons vu plus haut, les enfants touchés par un suicide dans leur entourage ne le sont pas tous de la même façon. Certains sont endeuillés par suicide ; d'autres, sans nécessairement connaître la personne décédée, se retrouvent en état de stress (temporaire ou aigu) ou en état de crise. Pour chacune des réactions mentionnées, des interventions particulières sont recommandées (voir tableau 1) et celles-ci doivent être adaptées à chacun des groupes d'âge.

## LE PROGRAMME *INTERVENTION-SUICIDE EN MILIEU SCOLAIRE PRIMAIRE*

Les connaissances actuelles (Vitaro et Gagnon, 2000) démontrent la pertinence des actions ciblées sur les facteurs de risque et de protection auprès des enfants en situation de vulnérabilité. Quelques évaluations de programmes ont aussi démontré l'efficacité des interventions auprès d'endeuillés par suicide (Daigle *et al.*, 2009). Les stratégies d'intervention des programmes nord-américains et québécois se sont cependant plus intéressées à la prévention du suicide en milieu scolaire secondaire. C'est ce qui a inspiré la DSP Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine dans la création du programme Intervention-suicide en milieu scolaire primaire. Quand aux moyens spécifiques d'intervention proposés dans ce programme, ils sont pour la plupart inédits et visent les élèves du primaire qui sont à risque suicidaire et ceux qui ont vécu un suicide dans leur entourage.

### OBJECTIFS, GROUPES ET INDIVIDUS CIBLÉS

Dans le contexte où la problématique suicidaire est devenue une réalité préoccupante dans le groupe d'âge des 5 à 12 ans, la DSP Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, les trois CS francophones et les cinq CSSS (mission CLSC) de la région ont uni leurs efforts et décidé d'élaborer et d'implanter un programme d'intervention-suicide en milieu scolaire primaire avec les trois objectifs généraux suivants : 1) réduire les manifestations suicidaires (intentions et conduites suicidaires) chez les enfants d'âge scolaire primaire ; 2) réduire les impacts psychologiques chez les enfants d'âge scolaire primaire lorsqu'un suicide survient dans leur entourage ; 3) atténuer les facteurs de risque et renforcer les facteurs de protection chez les enfants d'âge scolaire primaire qui sont à risque suicidaire, suicidaires ou endeuillés par suicide. Les clientèles visées sont les élèves du primaire présentant une ou plusieurs des situations suivantes : être vulnérable psychologiquement ou à risque suicidaire ; exprimer des intentions suicidaires ; manifester des conduites suicidaires ; vivre un niveau de stress temporaire ou aigu à la suite d'un suicide dans l'entourage ; être endeuillé par suicide. Pour atteindre les objectifs du programme auprès des élèves visés, on doit nécessairement impliquer leurs parents et intervenir auprès d'eux. Les parents des élèves d'âge scolaire primaire constituent donc l'autre type de clientèle ciblée dans le programme.

Dans le programme mis sur pied, cinq objectifs spécifiques d'intervention sont énoncés avec, en parallèle, des stratégies spécifiques :

**TABLEAU 2**

REPÉRAGE, SOUTIEN ET RÉFÉRENCE DES ÉLÈVES À RISQUE SUICIDAIRE

| Stratégies ciblées | Type d'intervention préconisées et outils privilégiés | Ressources clefs | Changements attendus |
|---|---|---|---|
| **1. Repérer :**<br>- Observer et recueillir les indices d'expressions suicidaires chez l'enfant ;<br>- Vérifier la dangerosité de la situation chez l'enfant. | **Type d'interventions :** individuelles.<br>**Outils :**<br>- Tableau de signes avant-coureurs et grille d'observation des signes avant-coureurs ;<br>- Tableau des indices de dangerosité de la situation. | - Personnel scolaire, direction d'école, intervenants désignés.<br>- Direction d'école, intervenants désignés. | - ↑ du nombre d'enfants repérés.<br>- ↑ du sentiment de confiance de l'enfant repéré à l'égard du repérant.<br>- ↓de l'isolement de l'enfant.<br>- ↓de dangerosité associées au potentiel suicidaire.<br>- ↑du filet de sécurité dans l'entourage de l'enfant.<br>- ↑de l'expression et de la reconnaissance des émotions chez l'enfant.<br>- ↑nombre d'enfants référés. |
| **2. Soutenir :**<br>- Établir un climat avec l'enfant afin de faciliter l'aide et la référence vers une ressource appropriée. | **Types d'interventions :** individuelles.<br>**Outils :**<br>- Procédure de repérage, soutien et référence à l'intention du personnel scolaire. | - Personnel scolaire, direction d'école, intervenants scolaires. | |
| **3. Référer :**<br>- Accompagner l'enfant vers une ressource appropriée à l'interne de l'école (via la direction d'école). | **Types d'interventions :** individuelles.<br>**Outils :**<br>- Procédure de repérage, soutien et référence à l'intention du personnel scolaire. | - Personnel scolaire, direction d'école, intervenants scolaires. | |
| **4. Assurer un suivi :**<br>- S'assurer qu'il y a prise en charge de l'enfant par un intervenant à l'interne de l'école.<br>- Assurer une attention particulière à l'enfant à la suite du repérage.<br>- Assurer un échange d'information avec l'intervenant responsable de l'élève. | **Types d'interventions :** individuelles.<br>**Outils :**<br>- Procédure de repérage, soutien et référence à l'intention du personnel. | - Personnel scolaire, direction d'école, intervenants scolaires. | |

1. Habiliter les directions d'écoles primaires et leurs personnels ainsi que les intervenants psychosociaux œuvrant en milieu scolaire primaire, à repérer les intentions et les conduites suicidaires chez les enfants d'âge scolaire primaire. Stratégies d'intervention : déceler et recueillir les indices d'intentions et de conduites suicidaires chez les élèves qui présentent un risque suicidaire ; assurer une réponse appropriée et rapide aux indices décelés chez les élèves concernés.
2. Habiliter les intervenants psychosociaux à évaluer le risque suicidaire, à identifier les besoins d'intervention et à appliquer les interventions appropriées auprès d'élèves qui expriment des intentions suicidaires ou qui manifestent des conduites suicidaires. Stratégies d'intervention : établir le contact avec l'élève qui exprime des intentions suicidaires ou qui manifeste des conduites suicidaires ; évaluer le risque suicidaire (facteurs prédisposants, contributifs, précipitants) ; établir la priorité d'intervention dans l'immédiat ; assurer la sécurité de l'enfant ou rétablir l'équilibre ; identifier les besoins d'intervention à court et à moyen terme ; proposer un plan d'action approprié à la situation de l'élève concerné.
3. Apporter une aide et un soutien psychologique aux parents d'élèves qui expriment des intentions suicidaires ou qui manifestent des conduites suicidaires. Stratégies d'intervention : rassurer les parents de l'élève et leur offrir du soutien ; estimer l'urgence de la situation avec les parents ;établir les priorités d'intervention avec les parents ; outiller les parents à reconnaître les indices d'une détresse psychologique, d'expression et de manifestations suicidaires chez leur enfant ; offrir un suivi approprié aux parents de l'enfant concerné par la situation.
4. Habiliter les directions d'écoles primaires et leurs personnels ainsi que les intervenants psychosociaux à réduire le niveau de stress ainsi que l'impact de la crise et favoriser le processus de deuil auprès des élèves et des parents concernés à la suite d'un suicide. Stratégies d'intervention : procéder à l'annonce de la nouvelle, à des séances de ventilation, au recadrage de l'information et au débriefing auprès des élèves concernés ; repérer et intervenir auprès des élèves à risque suicidaire et en crise ; effectuer des interventions précoces de deuil et des séances de counseling de deuil auprès des élèves concernés ; soutenir les parents d'élèves qui sont touchés par un suicide dans leur entourage.
5. Assurer la coordination et la continuité dans les services offerts afin d'apporter une réponse rapide, efficace et appropriée au problème du suicide à l'école primaire. Stratégie d'intervention : appliquer les procédures d'intervention selon les trois volets (intentions suicidaires, conduites suicidaires, suicide dans l'entourage d'un élève) du programme.

## THÉORIE SOUS-JACENTE AU PROGRAMME ET MISE EN PRATIQUE

À l'occasion de l'évaluation du programme (Daigle *et al*., 2009), trois modèles théoriques ont été élaborés en fonction des objectifs du programme, des volets d'intervention qui en découlent et de l'ensemble des connaissances actuelles issues de la planification, de l'implantation et de l'évaluation des programmes ciblant les mêmes problèmes que ceux identifiés ici. Ces modèles ont été ensuite réinterprétés par les gestionnaires et intervenants du programme. Ils correspondent aux trois grands volets d'intervention : repérage, soutien et référence des élèves à risque suicidaire (tableau 2) ; interventions et prise en charge des élèves à risque suicidaire (tableau 3) ; interventions à la suite d'un suicide dans l'entourage des élèves du primaire (tableau 4). Pour chacun des

**TABLEAU 3**

INTERVENTIONS ET PRISE EN CHARGE DES ÉLÈVES À RISQUE SUICIDAIRE

| Stratégies ciblées | Type d'intervention préconisées et outils privilégiés | Ressources clefs | Changements attendus |
|---|---|---|---|
| **1. Établir une alliance thérapeutique :**<br>- Favoriser la collaboration de l'enfant dans l'intervention ;<br>- Mobiliser les parents ou les responsables de l'enfant p/r à la situation et les intégrer à l'intervention. | **Types d'interventions :** individuelles et familiale.<br><br>**Outils :**<br>- Selon l'expertise et le bagage clinique des intervenants. | - Intervenants psychosociaux désignés dans l'école. | - ↓de l'isolement de l'enfant.<br><br>- ↓de dangerosité associée au potentiel suicidaire.<br><br>- ↑du filet de sécurité dans l'entourage de l'enfant.<br><br>- ↑de l'expression et de la reconnaissance des émotions chez l'enfant.<br><br>- ↓ du risque et manifestations suicidaires.<br><br>- ↑ des facteurs de protection.<br><br>- ↑ de la communication (enfant en interaction avec famille, autres).<br><br>- ↑ connaissance et utilisation des stratégies d'adaptation.<br><br>- ↑ compétences parentales.<br><br>- ↑ nombre de prises en charge à court, moyen, long terme.<br><br>- ↓ comportements inappropriés.<br><br>- ↓ symptômes physiques, comportementaux, psychologiques. |
| **2. Évaluer la situation :**<br>- Vérifier—Estimer :<br>❑ la présence d'intentions suicidaires chez l'enfant et la dangerosité associée.<br>❑ l'intensité des émotions p/r à l'événement.<br>❑ les pouvoirs attribués à la mort/suicide.<br>❑ les signes de troubles psychiatriques.<br>❑ la présence de stresseurs et capacité d'adaptation de l'enfant.<br>❑ la présence de réactions impulsives, imprévisibles, perte de contrôle.<br>❑ la collaboration de l'enfant, des parents.<br>❑ la mobilisation du milieu.<br>❑ la présence de facteurs de protection. | **Types d'interventions :** individuelles et familiale.<br><br>**Outils :**<br>- Grille des Indices de gravité du potentiel suicidaire chez les enfants d'âge primaire DSP-GIM.<br><br>- Tableaux des facteurs de risque et de protection chez les enfants (5-12 ans). | - Intervenants psychosociaux désignés dans l'école. | |
| **3. Intervenir sur les facteurs aggravants :**<br>- Cibler les facteurs aggravants et intervenir sur ceux qui sont modifiables à l'interne du milieu scolaire ;<br><br>- Renforcer les facteurs de protection ;<br><br>- Assurer un filet de sécurité avec la famille ;<br><br>- Réévaluer le potentiel suicidaire et la sécurité de l'enfant. | **Types d'interventions :** individuelles et familiale.<br><br>**Outils :**<br>- Divers outils d'interventions sont disponibles dans le guide clinique à l'intention des intervenants. Ces outils doivent être appliqués en fonction de l'évaluation de la situation. | - Intervenants psychosociaux désignés dans l'école. | |
| **4. Assurer suivi, filet de sécurité :**<br>- Assurer la liaison avec la 1re , 2e et 3e ligne du réseau de la santé ;<br><br>- Coordonner ou collaborer au déploiement du plan d'intervention. | **Types d'interventions :** individuelles et familiale.<br><br>**Outils :**<br>- Selon ententes des rôles, responsabilités définis par les partenaires. | - Intervenants psychosociaux désignés dans l'école. | |

**TABLEAU 4**

INTERVENTIONS À LA SUITE D'UN SUICIDE
DANS L'ENTOURAGE DES ÉLÈVES DU PRIMAIRE

| Stratégies ciblées | Type d'interventions préconisées et outils privilégiés | Ressources clefs | Changements attendus |
|---|---|---|---|
| **1. Analyser la situation, planifier l'action :**<br>- Recueillir les informations ;<br>- Évaluer les impacts de la situation ;<br>- Adapter la procédure d'intervention à la situation ;<br>- Planifier un plan d'action ;<br>- Mobiliser le personnel scolaire concerné et le mettre à contribution dans le plan d'action. | **Types d'interventions :**<br>Individuel, groupe, comité.<br><br>**Outils :**<br>- Procédures d'intervention à la suite d'un suicide ;<br>- Matériel de soutien à l'application de la procédure disponible dans la trousse d'intervention du programme. | - Direction d'école ;<br>- Intervenants désignés de l'équipe d'intervention-suicide. | - ↑ du nombre d'enfants repérés et référés ;<br>- ↑ équilibre dans l'école (reprise du cours normal des activités) ;<br>- ↑ sentiment de sécurité au sein des élèves, du personnel, de la direction ;<br>- ↑ sentiment de sécurité au sein des familles d'élèves fréquentant l'école ;<br>- ↑ nombre de prise en charge à court, moyen et long terme ;<br>- ↓ réactions de panique et d'impuissance ;<br>- ↓ stress temporaire, aigu, TSPT dans l'école ;<br>- ↓ symptômes de deuil et de crise ;<br>- ↓ détresse individuelle et collective (intensité et durée) ;<br>- ↓ risques de contagion, imitation ;<br>- ↓ des réactions associées aux comportements suicidaires chez les enfants (*voir la théorie portant sur les interventions et la prise en charge des élèves à risque suicidaires).* |
| **2. Intervenir en fonction des réactions identifiées**<br>*Stress temporaire :*<br>- Annoncer la nouvelle ; recadrer l'information ; favoriser l'expression des émotions ; réaliser débriefing individuel.<br>*Stress aigu :*<br>- Réaliser débriefing individuel.<br>*Trouble stress post-traumatique :*<br>- Repérer ; référer en psychothérapie.<br>*Détresse, manifestation suicidaire :*<br>- Repérer ; évaluer ; intervenir, référer.<br>*Deuil (choc initial) :*<br>- Réaliser intervention précoce de deuil.<br>*Deuil (processus adapté) :*<br>- Réaliser counseling de deuil.<br>*Deuil compliqué :*<br>- Repérer ; orienter en thérapie. | **Types d'interventions :**<br>Individuel et de groupe.<br><br>**Outils :**<br>- Procédures d'intervention à la suite d'un suicide ;<br>- Matériel d'intervention conçu et adapté à la réalité des élèves des 3 cycles du primaire. | - Direction d'école ;<br>- Intervenants désignés de l'équipe ; d'intervention-suicide<br>- Personnel scolaire ;<br>- Ressources extérieures au besoin. | |
| **3. Assurer le suivi :**<br>- S'assurer que l'école soit stabilisée et intervenir à nouveau si nécessaire ;<br>- Faire rétrospection d'équipe et un bilan des interventions ;<br>- Faire un suivi de la situation à moyen et long terme. | **Types d'interventions :**<br>Individuel, groupe, comité.<br><br>**Outils :**<br>- Grilles d'évaluation des interventions ;<br>- Autre matériel de support. | - Direction d'école ;<br>- Intervenants désignés de l'équipe ; d'intervention-suicide ;<br>- Personnel scolaire ;<br>- Ressources extérieures au besoin. | |

volets, des stratégies sont ciblées, des interventions et des outils sont privilégiés, et des ressources sont identifiées. Les changements attendus chez les enfants et leur entourage sont également précisés en terme de diminution (↓) ou d'augmentation (↑).

Il s'agit donc d'un programme qui utilise d'abord l'ensemble du personnel du scolaire, sensibilisé au problème lors de séances de sensibilisation, pour repérer les enfants en difficulté, les soutenir et les référer aux intervenants spécialisés du programme (tableau 2). Dans un autre volet, ces intervenants déjà en place dans les CS et les CSSS reçoivent une formation spécialisée et ils prennent alors en charge les enfants à risque, identifiés par le personnel scolaire ou autrement (tableau 3). Finalement, ces mêmes intervenants, réunis dans des équipes locales, se mobilisent éventuellement dans une école affectée par un suicide (tableau 4).

* * *

Lorsque des enfants expriment leur détresse et leur intention de vouloir mourir alors qu'ils sont à l'aube de la vie, nous avons le devoir et la responsabilité de chercher rapidement des solutions, d'autant qu'il est maintenant reconnu qu'une intervention précoce peut repousser le potentiel suicidaire et offrir à l'enfant des outils pour affronter les situations difficiles qui continueront de se présenter à lui tout au long de son parcours de vie. Malgré le fait que les connaissances actuelles sur l'efficacité des interventions auprès des enfants touchés par le problème du suicide soient limitées, nous sommes confiants que le programme *Intervention-suicide en milieu scolaire primaire* peut devenir un rempart solide contre les infiltrations suicidaires, à condition que les acteurs concernés par cette problématique chez les enfants se mobilisent et intensifient les efforts en ce sens.

Ainsi, la mise en œuvre du programme régional *Intervention-suicide en milieu scolaire primaire* a nécessité un engagement prioritaire des trois principaux partenaires que sont la DSP, les CS et les CSSS de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. En cela, nous pouvons saluer les efforts des milieux de l'éducation et de la santé de la région qui se sont mobilisés dans le but de contrer ce problème en émergence. Toutefois, de grands défis restent encore à relever, qu'il s'agissent de maintenir la mobilisation des partenaires ou encore d'adapter continuellement ce programme en tenant compte des nouvelles connaissances sur la problématique du suicide chez les enfants.

## Bibliographie


ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE (2001). *Intervenir en situation de crise suicidaire, programme de formation accréditée (cahier du formateur)*, Montréal, AQPS.

AUBIN, J., C. LAVALLÉE, J. CAMIRAND, N. AUDET *et al*. (2002). *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 253-291.

BHATIA, S.K. et S.C. BHATIA (2007). « Childhood and adolescent depression », *American Family Physician*, vol. 75, nº 1, p. 73-80.

BIGRAS, R., F. CHAGNON et E. ROYER (1999). *Le dépistage des enfants suicidaires au Centre jeunesse de Québec. Rapport final*, Québec, Centre jeunesse de Québec.

BOIVIN, M. et S. HYMEL (1997). « Peer experiences and social self-perceptions : A sequential model », *Developmental Psychology*, vol. 33, nº 1, p. 135-145.

COHEN-SANDLER, R., A.L. BERMAN et R.A. KING (1982). « Life stress and symptomatology : Determinants of suicidal behavior in children », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 21, nº 2, p. 178-186.

DAIGLE, M. et R. GALLAGHER, R. (2009). « Le programme *Intervention-suicide en milieu scolaire primaire*. Évaluation de l'implantation en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine », *Frontières*, vol. 21, nº 1, p. 107.

ERDLEY, C.A., D.W. NANGLE, J.E. NEWMAN et E.M. CARPENTER (2001). « Children's friendship experiences and psychological

adjustment : Theory and research », *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 91, p. 5-24.

GALLAGHER, R. (2005). *Le problème du suicide chez les enfants… Comprendre et agir à l'école primaire. Guide de repérage et de référence à l'intention du personnel scolaire*, Gaspé, Direction de santé publique Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

GALLAGHER, R. (2006). « Accident ou tentative de suicide », *Vis-à-vie*, vol. 15, nº 1, p. 12.

GARFINKEL, B.D., A. FROESE et J. HOOD (1982). « Suicide attempts in children and adolescents », *American Journal of Psychiatry*, vol. 139, nº 10, p. 1257-1261.

GIFFORD-SMITH, M.E. et C.A. BROWNELL (2003). « Childhood peer relationships : Social acceptance, friendships, and peer networks », *Journal of School Psychology*, vol. 41, nº 4, p. 235-284.

HECHT, D.B., H.M. INDERBITZEN et A.L. BUKOWSKI (1998). « The relationship between peer status and depressive symptoms in children and adolescents », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 26, nº 2, p. 153-160.

LAMBIN, M. (2004). *Aider à prévenir le suicide chez les jeunes, un livre pour les parents*. Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine.

LEFEBVRE, S. (1999). « Notre culture mortifère », *Le Devoir*, Montréal, édition du 15 février.

LEMAY, M. (1995). « Les suicides et les tentatives suicidaires chez l'enfant », dans *Actes de la journée de conférences portant sur la problématique du suicide chez les enfants*, Montréal, Suicide-Action Montréal.

MALKA, J. et P. DUVERGER (2003). *Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent*, Angers, Service de pédopsychiatrie CHU Angers.

MCDOUGALL, P., S. HYMEL, T. VAILLANCOURT et L. MERCER (2001). « The consequences of childhood peer rejection », dans M.R. LEARY (dir.), *Interpersonal Rejection*, New York, Oxford University Press, p. 213-247.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1975-). *Fichier des décès*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, disponible en ligne, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/c11/FicheSource.asp ?src=223>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1981-). *Fichier Med-Écho*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, disponible en ligne, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/c11/FicheSource.asp ?src=230>.

MISHARA, B.L. (1996). « Le suicide et les enfants au primaire. Ils en savent plus qu'on peut le croire », dans *Actes de colloque*, Montréal, Association québécoise de suicidologie, p. 291-299.

RENAUD, J. (2006). « Intervention auprès d'enfants suicidaires : un travail d'équipe », *Vis-à- Vie*, vol. 15, nº 1, p. 13-15.

SAINT-LAURENT, D. et M. GAGNÉ (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

SÉGUIN, M., F. ROY, M. BOUCHARD, R. GALLAGHER, S. RAYMOND, C. GRAVEL et R. BOYER (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Montréal, Association québécoise de prévention du suicide.

THOMPSON, A.H., R.H. BARNSLEY et R.J. DYCK (1999). « A new factor in youth suicide : The relative age effect », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, nº 1, p. 82-85.

VITARO, F. et C. GAGNON (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, tomes I et II, Québec, Presses de l'Université du Québec.

ZIEGLER, S. et M. ROSENSTEIN-MANNER (1991). *Bullying at School : Toronto in an International Context*, édition révisée, Toronto, Conseil de l'éducation de la ville de Toronto.