

Université de Montréal

**Décrire, comprendre et schématiser le processus de
l'évaluation du risque suicidaire selon une perspective
infirmière auprès des moins de 12 ans en santé mentale**

Par

Nathalie Maltais

Faculté des études supérieures

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* (Ph. D.)

En sciences infirmières, option soins et santé

Avril 2020

© Nathalie Maltais, 2020

Université de Montréal

Unité académique : Faculté des sciences infirmières

Cette thèse intitulée

**Décrire, comprendre et schématiser le processus de l'évaluation du risque
suicidaire selon une perspective infirmière auprès des moins de 12 ans en santé
mentale**

Présenté par

Nathalie Maltais

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Marie-Josée Levert
Président-rapporteur

Christine Genest
Directrice de recherche

Caroline Larue
Codirectrice

Marie-Hélène Goulet
Membre du jury

Cécile Bardon
Examineur externe

Résumé

La prévention du suicide est une activité importante pour les professionnels de la santé et particulièrement pour les infirmières¹. Or, le processus d'évaluation du risque suicidaire n'est pas effectué de façon systématique d'un milieu de soins à un autre auprès d'une population adulte. De plus, il y a peu d'information sur ce processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants de moins de 12 ans. C'est un sujet difficile à aborder et à comprendre dans une société où l'accent est mis sur grandir en santé. Cette étude vise à décrire, comprendre et schématiser le processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants de moins de 12 ans selon une perspective infirmière en santé mentale. Le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM constitue la toile de fond de cette étude compte tenu de sa vision centrée sur la Personne², ses relations interpersonnelles significatives, son expérience de santé ainsi que les significations qu'elle lui accorde. Pour atteindre le but de notre étude, une approche par théorisation ancrée inspirée de Strauss et Corbin (1998) a été retenue. L'échantillon a été obtenu à l'aide d'entrevues semi-structurées avec des infirmières (n=11) provenant de cinq régions administratives différentes au Québec ainsi qu'à l'aide de questionnaires socio-démographiques, d'outil de collecte de données utilisées par les infirmières ainsi que de notes de terrain. Une analyse comparative continue à travers une triple codification a permis de proposer une schématisation spécifique au processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans en santé mentale. Les principaux résultats indiquent qu'il y a deux phases à ce processus d'évaluation. La première phase est centrée sur comprendre le sens de la détresse chez l'enfant et la deuxième phase consiste à assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille. Dans chacune des phases, nous avons remarqué l'importance de la relation interpersonnelle entre

¹ Le féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

² La Personne correspond à l'individu, à la famille et les proches, la communauté ou la population en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement.

l'infirmière, d'un côté, et l'enfant et ses parents, de l'autre. Plus précisément, certaines caractéristiques de l'infirmière (tempérament, croyances et perceptions, expériences antérieures, formation) en relation avec celles de l'enfant et de sa famille (propos ou comportements suicidaires, conception de la mort, dynamique familiale ainsi qu'attitudes, perceptions et croyances des parents) s'inter-influencent de manière à produire des effets positifs ou négatifs sur l'ensemble du processus de cette évaluation. L'environnement, soit l'organisation des soins (fonction occupée par l'infirmière, acuité des soins, ressources humaines disponibles et collaboration interprofessionnelle), affecte également le processus. De plus, le processus d'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant implique pour l'infirmière de prendre en compte le développement de l'enfant qu'elle rencontre, que ce soit lorsqu'elle tente de comprendre le sens de sa détresse ou lorsqu'elle cherche à assurer sa sécurité. Ainsi, l'infirmière doit être vigilante afin de maintenir une posture d'empathie et non se laisser envahir par les émotions qu'une telle évaluation peut engendrer. Cette étude permet d'approfondir la compréhension du processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans afin d'aider les professionnels de la santé travaillant en prévention du suicide auprès des jeunes à comprendre ce qui est vécu pour mieux intervenir.

Mots-clés : risque suicidaire, enfants de moins de 12 ans, processus d'évaluation du risque suicidaire, infirmière, théorisation ancrée.

Abstract

Suicide prevention is an important aspect of the work of any healthcare professional, especially for nurses working in mental healthcare settings. However, suicide risk assessment is not conducted systematically, varying from one setting to another. Furthermore, there is no information to our knowledge on this type of risk assessment process with children under 12 years old. This topic is particularly difficult to explore and to understand in a society where children are expected to grow to be healthy and happy. The aim of this study is to describe, understand and schematize nurses' suicide risk assessment process with children under 12 in a mental health setting. The background of this study is the humanistic model in nursing – UdeM. Centered on the Person, this model takes into account their significant interpersonal relationships, their subjective experience of care and its meaning. Strauss et Corbin's (1998) approach in grounded theory was used to conduct this study. Using theoretical sampling, data was obtained through 11 semi-structured interviews with nurses working in five different administrative regions in the province of Quebec, nurses' documents, socio-demographic questionnaires, and field notes. A constant comparative analysis of the data across triple coding allowed a better understanding and a schematization of the nurses' suicide risk assessment process with children. The process includes two main phases relating to nurses' actions. These two phases are: (1) *Understanding the meaning of the child's distress*, and (2) *Ensuring the child and their family's safety*. The different elements involved in each phase are not exclusive to one phase or the other. In fact, characteristics of nurses (temperament, beliefs and perceptions, past experiences) interact with those of the child and his or her family (suicidal ideations or behaviors, level of understanding of the concept of death, mental health state, family dynamics and attitudes, parents' perceptions and beliefs). This interaction can produce both positive and negative impacts. The environment (health and services organization)

where this interaction occurs can also impact on the whole assessment process. Our findings reveal that for both phases of the assessment process with children, nurses have to take in account the developmental aspect of the child and must be careful to maintain their empathic posture, so they are not overwhelmed by emotions. Doing so will help lessen the level of emotional intensity for the nurse during the whole process. A better understanding of this process can help nurses and other professionals improve their interventions with children presenting a suicidal risk as well as their parents and in the long term, contribute to suicide prevention.

Keywords: Suicide Risk, Children under twelve, Nurses, Assessment Process, Grounded Theory.

Table des matières

Résumé	5
Abstract	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	17
Liste des figures	19
Remerciements	23
Chapitre 1 : Problématique	25
Chapitre 2 : Recension des écrits	35
2.1 Le phénomène du risque suicidaire chez les moins de 12 ans	39
2.1.1 La prévalence des idées et des tentatives suicidaires chez les jeunes	40
2.1.2 Les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les enfants de moins de 12 ans.....	42
2.1.3 Particularités développementales des moins de 12 ans	46
<i>2.1.3.1 Le développement cognitif.....</i>	<i>46</i>
<i>2.1.3.2 Le développement affectif et social</i>	<i>48</i>
<i>2.1.3.3 Le développement physique et de la communication</i>	<i>48</i>
2.2 Le processus d'évaluation du risque suicidaire (PERS)	49
2.2.1 Processus d'évaluation clinique	50
2.2.2 Définition du risque suicidaire	51
2.2.3 Éléments pouvant influencer le PERS effectué chez l'enfant.....	52
<i>2.2.3.1 La croyance que les enfants ne veulent pas s'enlever la vie.....</i>	<i>53</i>
<i>2.3.3.3 Outils spécifiques au dépistage lors du PERS chez les enfants.....</i>	<i>54</i>

2.3 Le processus d'évaluation du risque suicidaire effectué par les infirmières auprès des adolescents et des adultes.....	57
2.3.1 Éléments de la dimension organisationnelle et de la dimension professionnelle liés au PERS auprès de l'adolescent et de l'adulte.....	57
2.3.2 Dimensions personnelles et culturelles lié à l'évaluatrice	60
2.4 Perspective disciplinaire : le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM.....	65
2.4.1 Personne	66
2.4.2 Environnement	67
2.4.3 Soins.....	67
2.4.4 Santé.....	68
2.4.5 Compétence.....	68
2.4.6 Caring.....	69
2.5 Cohérence du modèle humaniste comme toile de fond disciplinaire à la présente recherche.....	70
Chapitre 3 : Méthodologie.....	73
3.1 Le type d'étude	75
3.1.1 Une approche qualitative.....	75
3.1.2 La théorisation ancrée	76
3.1.3 Assises philosophiques.....	79
3.2 Le déroulement de l'étude	80
3.2.1 Description de la population et de l'échantillon.....	80
3.2.2 Recrutement	81
3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	83
3.2.4 Outils de collecte des données	84
3.2.4.1 Les entrevues semi-structurées	84

3.2.4.2	<i>Le questionnaire sociodémographique</i>	85
3.2.4.3	<i>Documents de travail des participantes : Le formulaire de collecte de données</i>	86
3.2.4.4	<i>Journal de bord de l'étudiante chercheuse</i>	86
3.2.5	Analyse des données	87
3.2.5.1	<i>Codification ouverte</i>	88
3.2.5.2	<i>Codification axiale</i>	89
3.2.5.3	<i>Codification sélective</i>	91
3.3	Critères de scientificité de cette étude	92
3.3.1	La crédibilité	92
3.3.2	L'authenticité	93
3.3.3	L'intégrité.....	94
3.3.4	La transférabilité	94
3.3.5	La fiabilité	94
3.4	Critères éthiques	95
Chapitre 4	: Résultats	97
4.1	Présentation de l'échantillon de participantes obtenu	98
4.2	Présentation de la modélisation du PERS auprès des moins de 12 ans	100
4.3	L'environnement	102
4.3.1	L'organisation des soins et des services.....	102
4.3.2	La collaboration interprofessionnelle.....	105
4.4	Comprendre le sens de la détresse de l'enfant	107
4.4.1	Caractéristiques de l'infirmière	108
4.4.1.1	<i>Le tempérament</i>	108

4.4.1.2 <i>Croyances et perception de l'infirmière à l'égard du risque suicidaire chez l'enfant</i>	109
4.4.1.3 <i>Expériences antérieures de l'infirmière</i>	113
4.4.1.4 <i>Savoirs de l'infirmière</i>	116
4.4.1.5 <i>La formation de l'infirmière</i>	118
4.4.2 Caractéristiques de l'enfant et de ses parents telles que perçues par les infirmières ..	119
4.4.2.1 <i>Propos ou comportements suicidaires de l'enfant</i>	120
4.4.2.2 <i>La conception qu'a l'enfant de la mort</i>	121
4.4.2.3 <i>L'état mental du jeune</i>	122
4.4.2.4 <i>Dynamique familiale</i>	123
4.4.2.5 <i>L'attitude, la perception et les croyances des parents</i>	125
4.5 Phase 2 : Assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents	128
4.5.1 Stratégies utilisées	129
4.5.1.1 <i>Adapter le milieu physique</i>	130
4.5.1.2 <i>Moduler la sympathie</i>	130
4.5.2 Actions entreprises pour assurer la sécurité	131
4.5.2.1 <i>approfondir le lien de confiance et la relation d'aide.</i>	131
4.5.2.2 <i>Questionner et susciter l'espoir</i>	132
4.5.2.3 <i>Évaluer la disponibilité parentale à soutenir l'enfant</i>	133
4.5.2.4 <i>Soutenir et renseigner l'enfant et ses parents</i>	134
4.6 L'intensité émotionnelle pour l'infirmière	135
4.6.1 Vivre de la tristesse et de l'incompréhension.....	136
4.6.2 Vivre de l'impuissance.....	137
4.6.3 Douter de sa compétence et développer une vigilance accrue	138

4.7 L'intensité émotionnelle pour les parents	139
Chapitre 5 : Discussion	141
5.1 Toile de fond théorique : le modèle humaniste des soins infirmiers- UdeM.....	142
5.2 Considérations méthodologiques	143
5.2.1 Choix du devis.....	143
5.2.2 Recrutement ou échantillon.....	143
5.2.3 Collecte et Analyse des données	144
5.3 Principaux résultats	145
5.3.1 L'environnement	146
5.3.2 Phase 1 : Comprendre le sens de la détresse	148
5.3.2.1 <i>Manque de confiance des infirmières</i>	148
5.3.2.2 <i>Les caractéristiques des infirmières qui influencent la compréhension de la détresse</i>	149
5.3.2.3 <i>Les caractéristiques des enfants et des parents qui influencent la phase 1</i>	150
5.3.3 Phase 2 : assurer la sécurité.....	152
5.3.3.1 <i>L'oscillation entre sympathie et empathie</i>	152
5.3.3.2 <i>L'importance de susciter l'espoir</i>	154
5.3.3.3 <i>Le lien étroit entre la disponibilité parentale et la sécurité de l'enfant</i>	155
5.3.4 Éléments peu abordés par les infirmières de notre étude	157
5.3.4.1 <i>L'utilisation des outils validés lors du PERS</i>	157
5.3.4.2 <i>Diversité culturelle et le PERS chez l'enfant</i>	159
5.4. Les critères de scientificité.....	160
5.5 Limites de l'étude	161
5.6 Forces de l'étude.....	163

5.7 Recommandations pour la discipline infirmière	164
5.7.1 Recommandations pour la recherche	164
5.7.2 Recommandations pour la gestion	166
5.7.3 Recommandations pour la formation	168
5.7.4 Recommandations pour la clinique	169
5.8 Conclusion	170
Références bibliographiques.....	173
Annexe A : Article sur le phénomène du risque suicidaire chez les enfants de moins de 12 ans	189
Annexe B : Processus de recension des écrits à l'égard de l'évaluation du risque suicidaire effectuée par les infirmières	191
Annexe C : Message utilisé pour le recrutement de participant(e)s pour l'étude via le groupe Facebook intitulé : « Infirmières en pédopsychiatrie du Québec »	193
Annexe D : Message utilisé pour le recrutement de participant(e)s pour l'étude via le groupe Facebook intitulé : « Quebec nurses in child and adolescent psychiatry »	195
Annexe E : Lettre de recrutement de participant(e)s à une étude sur le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par les infirmières en santé mentale jeunesse auprès des 12 ans et moins	197
Annexe F : Formulaire d'information et de consentement	200
Annexe G : Canevas d'entrevue inspiré des éléments du modèle paradigmatique de Strauss et Corbin (1998) pour comprendre le processus d'évaluation du risque suicidaire effectué par les infirmières en santé mentale jeunesse à l'égard des 12 ans et moins	206
Annexe H : Questionnaire sociodémographique	209
Annexe I : Schéma du processus d'analyse des données par triple codification en théorisation ancrée	211
Annexe J : Processus d'analyse inspiré du modèle paradigmatique après 3 entrevues	213

Annexe K : Listes de codes après la codification de la première entrevue215
Annexe L : Certificat d’approbation éthique.....219

Liste des tableaux

Tableau 4.1 : Profil des infirmières à l'étude (n=11).....	p.98
--	------

Liste des figures

Figure 3.1 : Diagramme préliminaire des catégories.....	p.91
Figure 4.1 : Illustration du PERS selon une perspective infirmière en santé mentale jeunesse auprès des moins de 12 ans.....	p.101
Figure 4.2 : Illustration de la phase 1 : comprendre le sens de la détresse de l'enfant.....	p.107
Figure 4.3 : Assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents.....	p.127
Figure A.1. Processus de recension des écrits à l'égard de l'évaluation du risque suicidaire effectuée par les professionnels de la santé.....	p.190

*Cette thèse est en mémoire du Dr. Hyman Freedman
pédopsychiatre à l'hôpital de Montréal pour enfants*

1940-2004

« Quand on voyage vers un objectif, il est toujours important de prêter attention au chemin. C'est toujours le chemin qui nous enseigne la meilleure façon d'y parvenir et il nous enrichit à mesure que nous le parcourons. »

Paolo Coelho, le Pèlerin de Compostelle

Remerciements

Faire des études doctorales, pour moi, s'est avéré être l'équivalent intellectuel d'un marathon. Il est donc impossible de réussir un tel exploit sans l'aide de plusieurs personnes. Je tiens donc à les remercier chaleureusement.

Mes premiers remerciements vont à mes directrices. Premièrement à Madame Christine Genest pour sa disponibilité, son esprit critique ainsi que pour le partage de ses connaissances personnelles et professionnelles. Je me considère chanceuse et privilégiée d'avoir effectué mes études doctorales sous sa direction puisque que Madame Genest est un modèle en sciences infirmières pour moi depuis nos études à la maîtrise. Aussi, je tiens à remercier sincèrement Madame Caroline Larue qui est sans contredit une sommité en recherche en sciences infirmières et particulièrement en santé mentale. Ce fut donc un grand privilège pour moi de pouvoir compter sur son expertise et son savoir-faire. Ces deux professeures ont également été d'un grand soutien dans les moments de remise en question inhérents à un tel parcours académique.

Je désire également remercier mes collègues de l'UQAR et particulièrement, Monsieur Daniel Milhomme pour le temps accordé pour les nombreuses discussions spontanées liées à ma recherche au cours des trois dernières années. J'adresse aussi des remerciements à Madame Catherine Goulet-Cloutier ainsi qu'à Madame Stéphanie Daneau pour le soutien lors de la vérification linguistique ainsi que la mise en page de ce document. De plus, Mme Daneau, collègue au doctorat a su m'encourager dans mes moments les plus difficiles.

Deux collègues, amies et professeures en sciences infirmières ont contribué à mes apprentissages tout au long de mon parcours doctoral, il s'agit de Mesdames Jessica Rassy et de Marie-Claude Jacques, je les remercie chaleureusement.

Je tiens à remercier sincèrement toutes les participantes qui ont répondu à cette étude. Ces infirmières ont démontré qu'elles avaient à cœur la prévention du suicide chez ces jeunes enfants. Je les remercie chaleureusement pour le temps accordé souvent après ou avant leur journée de travail mouvementée.

Ces remerciements s'adressent également à Rosalie Maltais, ma fille, une enfant heureuse et épanouie. Elle a su s'occuper quand je devais travailler et a fait preuve de beaucoup de patience entre autres, lors des différents cours, congrès, colloques ainsi que des nombreuses sorties à la bibliothèque.

Aussi, j'aimerais remercier mes parents Yves Maltais et Suzanne Berthiaume, mon frère Benoît, ma belle-sœur Tara, ma sœur Julie ainsi que mon beau-frère Jean-François Grégoire car c'est dans cette belle famille que j'ai appris qu'avec du travail et de la détermination, on arrive à accomplir bien des choses. Une mention spéciale à mes talentueux neveux Jérémy et Thomas Grégoire qui m'ont démontré quotidiennement que de croire en nos rêves nous permet d'atteindre de hauts sommets. Je veux également remercier tous mes nombreux ami(es) pour leur écoute, soutien et encouragements, sans eux, il aurait été impossible de terminer un tel périple intellectuel.

Finalement, un remerciement spécial à Madame Lyne Gingras et Monsieur Marc Laprise qui sont devenus au fil du temps des grands parents pour ma Rosalie et qui m'ont soutenue sans compter au quotidien tout au long de ces sept années tumultueuses. Vous êtes un exemple de générosité et de bonté pour ceux qui vous entourent!

Chapitre 1 : Problématique

Le suicide fait des milliers de morts chez les enfants³ et les adolescents chaque jour à travers le monde (Horowitz et al., 2012). En 2014, aux États-Unis, le suicide était la 10^e cause de mortalité chez les enfants âgés entre 5 et 11 ans (Lanzillo, Horowitz et Pao, 2018). Une étude américaine de Plemmons et al. (2018) portant sur les raisons de consultation à l'urgence stipule que les consultations pour idées ou tentatives de suicide ont doublé entre 2008 et 2015 chez les enfants de 5 à 17 ans. Au Canada, selon Burstein, Agostino et Greenfield (2019), cette tendance serait semblable malgré qu'il soit difficile de le prouver en raison de l'absence d'un registre national sur les comportements suicidaires. En 2016, au Québec, le taux de décès par suicide chez les garçons de 10-14 ans était de 0,7 pour 100 000 habitants et de 2,6 chez les filles de 10-14 ans. Dans la population générale, tout comme chez les cliniciens travaillant auprès de cette clientèle, il est souvent considéré impensable que des enfants puissent souffrir au point de vouloir s'enlever la vie (Greydanus, Patel et Pratt, 2010; Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Pourtant, chez les moins de 12 ans, tout comme chez les adolescents et les adultes, la présence d'idées suicidaires devrait être perçu comme un indicateur notable de douleur et de détresse émotionnelle (Pfeffer, 1987; Ridge Anderson, Keyes et Jobes, 2016; Wagner, 2009; Whalen, Dixon-Gordon, Belden, Barch et Luby, 2015). Il est d'ailleurs d'autant plus important d'évaluer le risque de suicide dès l'enfance puisque la présence d'antécédents d'idées ou de comportements suicidaires est un facteur de risque critique du suicide (Prinstein et al., 2008; Ribeiro et al., 2016). Ainsi, un enfant qui aurait des idées suicidaires ou des comportements suicidaires seraient plus à risque d'avoir de telles idées ou de faire une tentative de suicide à l'adolescence ou à l'âge adulte (Miranda, Ortin, Scott et Shaffer, 2014; Nock, Green, Hwang, McLaughlin, Sampson et al., 2013). C'est pour cette raison que,

³ Dans cette thèse les mots « enfant » et « jeune » représentent un enfant de moins de 12 ans. Le mot « jeune » est régulièrement utilisé par les infirmières qui ont participé à notre étude pour désigner les enfants dans leur milieu clinique. Nous l'utilisons afin de respecter le critère de crédibilité, qui est l'un des plus importants de la recherche quantitative (Streubert et Carpenter, 2011).

malgré les taux de suicide peu élevés ainsi que la difficulté au Canada à établir des prévalences précises du risque, les comportements et les idées suicidaires des enfants et des adolescents sont tout de même perçus comme des problèmes de santé publique importants (Skinner et McFaull, 2012). Dans ce contexte, l'évaluation du risque suicidaire est donc importante pour la détection précoce chez les moins de 12 ans afin d'assurer la sécurité de l'enfant, soulager sa détresse et contribuer à prévenir le risque suicidaire à l'adolescence. Quoique cette évaluation soit essentielle, elle est peu faite (Lanzillo et al., 2018) et il existe peu d'informations quant à la spécificité de celle-ci auprès d'une population de moins de 12 ans par rapport aux pratiques en place auprès des adolescents et adultes.

En sciences infirmières, l'évaluation est l'une des activités centrales du champ de pratique de l'infirmière⁴. Elle fait référence à un processus continu dans lequel l'infirmière (l'évaluatrice) recueille et analyse des données subjectives (symptômes) et des données objectives (outils psychométriques, prise de tension artérielle, prise de sang, etc.) auprès d'une Personne (l'évalué) afin d'exercer un jugement clinique et d'identifier les interventions thérapeutiques appropriées (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, [OIIQ], 2016 ; Jarvis, 2019). En fait, dans un contexte précis de soins, à l'aide de ses différents savoirs, l'infirmière analyse les données obtenues afin de statuer sur l'état de santé de la personne, ici le risque suicidaire, et les interventions à effectuer (Doyon et Longpré, 2016). Dans ce contexte l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant présente plusieurs défis: tenir compte du niveau développemental de l'enfant et de sa famille, recueillir plusieurs types de donnée telles que le développement biologique, les antécédents médicaux, les caractéristiques personnelles et cognitives de l'enfant, le contexte culturel ainsi que

⁴ Le féminin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

l'environnement social, familial et scolaire ainsi qu'adapter le niveau d'intervention à la situation et au niveau de danger réel de l'enfant (Stuart, 2013).

Le contexte de soins va influencer la façon dont se déroulera l'évaluation du risque suicidaire. Ainsi, lorsqu'il est question de l'évaluation de ce risque, les infirmières peuvent être appelées à l'effectuer dans des milieux de première ligne, mais aussi dans un contexte de services spécialisés et surspécialisés de santé mentale, que ce soit sur des unités de soins ou en clinique externe. Ces différents milieux de pratique vont influencer sur la manière et la durée de la consultation, ainsi que sur la disponibilité des autres professionnels pour collaborer à l'évaluation du risque suicidaire (Michail et Trait, 2016). De cette façon, en première ligne et dans les contextes de cliniques externes, l'infirmière peut initier seule cette évaluation et doit procéder plus ou moins rapidement, en se basant sur l'information provenant de l'enfant et sa famille. Sur les unités de soins par contre, la collecte de données pourrait s'effectuer sur une plus longue période et l'information provenir de divers professionnels (Delamare et al., 2013). Des éléments de l'organisation des soins et des services vont également influencer la manière et le contexte dans lequel l'évaluation du risque suicidaire se déroule. C'est pour cette raison que dans le cadre de cette thèse, il est question de décrire, comprendre et schématiser le processus de l'évaluation du risque suicidaire [PERS] dans ses contextes de pratique plutôt que seulement l'évaluation du risque. De plus, il semble que peu de connaissances spécifiques soient disponibles sur les éléments influençant le PERS chez les enfants, ce qui justifie de l'étudier auprès de cette population.

Lorsqu'il est question du PERS chez l'enfant, la demande de soins est rarement faite par les enfants eux-mêmes mais plutôt par un tiers comme un parent, un professeur ou un autre professionnel, ce qui a une importance lors de sa mise en œuvre (Lempp, de Lange, Radeloff et Bachmann, 2017). En effet, selon ces auteurs, puisque la demande vient d'un tiers, l'infirmière doit

alors considérer également ce point de vue dans la collecte des données subjectives (symptômes rapportés). Dans ce contexte, ces auteurs suggèrent de débiter l'évaluation en s'entretenant avec l'enfant et le parent et par la suite, avec le parent seul. De plus, l'organisation physique des lieux peut affecter le PERS. Idéalement, l'environnement doit être sécuritaire et agréable pour l'infirmière, l'enfant et sa famille (Lalonde, Pinard et collaborateurs, 2016; Lempp et al., 2017). Il est possible de croire que d'autres informations sur la manière et le contexte plus ciblés sur le PERS chez l'enfant restent à être découvertes.

De plus, lors du PERS chez les enfants, il est nécessaire de prendre en considération le fait que les moins de 12 ans ont des caractéristiques développementales distinctes des adolescents et des adultes pouvant affecter toutes les dimensions du PERS. Ainsi, il faut être capable de faire la différence entre un développement typique et atypique et pouvoir repérer les comportements selon l'âge, le contexte et le stade de développement (Lempp et al., 2017). Pour cette raison, il est essentiel lorsqu'un enfant présente des idées ou comportements suicidaires de considérer les différentes trajectoires développementales pouvant exacerber ou protéger contre le risque suicidaire, comme la croissance, le développement moteur et cognitif, le langage, la gestion des émotions, l'attachement, ainsi que la sexualité (Lanzillo et al., 2018).

Concrètement, le développement de l'enfant se fait de manière dynamique suivant cinq domaines interdépendants, soit cognitif, émotif, social, physique ainsi que la communication (Ministère de l'Éducation [ME] et Ministère des services sociaux [MSSS], 2003; Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario [MSEJ], 2017). La période qui s'étend de l'âge de 6 à 12 ans correspond à ce que certains appellent la phase des années intermédiaires de l'enfance ou la phase de l'âge scolaire. Sur le plan cognitif, cette phase se caractérise par le développement progressif de la capacité à conceptualiser et à créer des raisonnements logiques (Ginsberg et Oppen,

1988; MSEJ, 2017; Piaget, 1966). Dans ce contexte, le développement de la compréhension de la mort est particulièrement important en prévention du suicide chez les enfants. C'est dire que, plus l'enfant vieillit, plus il peut comprendre l'irréversibilité, l'universalité, l'imprévisibilité et l'inévitabilité de la mort et ressentir de la peur, alors que d'autres plus jeunes auront une conception de la mort comme étant réversible. De plus, le nombre et le genre d'expositions à des expériences antérieures de mort peuvent faciliter ou nuire à la compréhension du concept de mort. Dans ce continuum développemental, Horowitz, Bridge, Pao et Boudreaux (2014) mentionnent que les enfants âgés de neuf ans auraient généralement une conception assez juste de la mort. De plus, l'enfant acquiert la notion de pouvoir se donner la mort plus tardivement durant ce stade de développement (6 à 12 ans), car ce serait le stade ultime de compréhension de la mort (Delamare, 2013). Selon cette auteure, trois sources permettent à l'enfant de développer cette compréhension du suicide, soit la présence de discussions avec les enfants plus âgés, les discussions avec des adultes, ainsi que l'exposition au suicide dans les médias tels que la télévision et les médias sociaux (Delamare et al., 2013; Dunlop, More et Romer, 2011).

Aux plans émotif et social, Erickson (1963, 1968, 1972) stipule que la période de 6-12 ans est le stade pendant lequel l'enfant développe son estime de soi; il commence à obtenir la reconnaissance de ses accomplissements par ses parents et ses pairs. Plus précisément, l'enfant développe un sentiment de compétence qui se traduit par le sentiment de réussite qu'il peut ressentir (MSEJ, 2017). Socialement, l'enfant crée des liens en dehors de son foyer familial. Ainsi, les relations sociales peuvent être facteurs de risque ou de protection en fonction de la qualité de ces relations (Shin, Braithwaite et Ahmed, 2016). Par exemple, au fur et à mesure qu'il développe des amitiés celles-ci peuvent agir comme facteurs de protection. En contrepartie, il pourrait devenir plus vulnérable à l'intimidation et avoir de la difficulté à développer une estime de soi positive et

un sentiment de compétence entraînant plutôt un sentiment de détresse important et éventuellement des comportements suicidaires. Cependant, développer de plus en plus d'amitié et se sentir de plus en plus accepté dans un groupe peut agir comme un facteur de protection.

Au plan du développement physique, une poussée de croissance particulièrement marquée peut se produire entre l'âge de neuf et 12 ans, ce qui ne devrait pas être négligé lors du PERS (MSEJ, 2017). De ce fait, le développement physique combiné à la progression des autres aspects du développement de l'enfant font en sorte que ce dernier est plus fort physiquement et peut donc envisager un plus grand éventail de moyens pour mettre fin à ses jours (Delamare, 2013). Finalement, au plan de la communication, il y a augmentation des capacités linguistiques et des aptitudes à communiquer durant la période des années intermédiaires de l'enfance. Toutefois, malgré les progrès importants au niveau de la communication globale, il n'en demeure pas moins que l'enfant n'a pas complètement appris comment exprimer ses sentiments ou les choses qui le contrarient (MSEJ, 2017). Ceci doit être également pris en considération lors du PERS de l'enfant puisqu'il peut alors être plus difficile de saisir les nuances dans ses propos ou encore l'enfant peut utiliser des mots dont il ne maîtrise pas le sens (Orban et Malchair, 2010).

En raison de toutes ces différences, la plupart des centres hospitaliers au Québec distinguent les services de pédopsychiatrie pour les moins de 12 ans et les services de psychiatrie destinée aux adolescents entre 12 et 18 ans. Ceci permet des soins plus appropriés selon la phase de développement de l'enfant ou de l'adolescent (Centre intégré de santé et des services sociaux [CISSS] de la Montérégie-Centre, s.d.; Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux [CIUSSS] Capitale Nationale, s.d.). Malgré ces tendances développementales générales, il est essentiel de ne pas perdre de vue que le processus de développement de l'enfant ne s'effectue pas

de manière linéaire et que chaque enfant se développe à travers le prisme de la culture et son identité, et que le processus est influencé par l'expérience et l'environnement (MSEJ, 2017).

Par ailleurs, la santé mentale de l'enfant doit être prise en compte lors du PERS. Selon Lanzillo et al. (2018), de 80% à 90% des adolescents ayant fait une tentative de suicide présentaient un diagnostic de santé mentale. Dans ce sens, le risque suicidaire augmente de 35 fois lorsque les enfants et les adolescents présentent un trouble de santé mentale (Cheng et Myers, 2011). Si les données ne sont pas disponibles spécifiquement pour les enfants de moins de 12 ans, il peut être probable que la présence d'un trouble mental augmente le risque suicidaire.

Ainsi, il est possible de penser que les probabilités qu'une infirmière travaillant en santé mentale jeunesse rencontre un enfant présentant des idées ou comportements suicidaires sont assez élevées, ce qui la rend plus susceptible d'être conscientisée à la problématique du suicide ainsi qu'à l'importance du PERS. Dans ce contexte, les infirmières qui dispensent des soins dans ces milieux devraient être davantage en mesure de décrire en quoi consiste le PERS. D'ailleurs, selon l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ), l'évaluation du risque suicidaire est une activité importante pour l'infirmière, particulièrement celles travaillant en santé mentale et en psychiatrie (Méthot, 2018). Bien que ce soit une activité essentielle de ce rôle, le PERS chez les enfants et les adolescents n'est toutefois pas toujours faite de façon systématique (Aflague et Ferszt, 2010; Horowitz et al., 2014).

Outre le contexte dans lequel l'évaluation survient ainsi que les caractéristiques de la personne évaluée, les caractéristiques de l'évaluateur vont également influencer le PERS. Certaines études ont rapporté des éléments liés à l'évaluatrice pouvant influencer le déroulement du PERS auprès des enfants et des adolescents (Fisher et Foster, 2016; Patterson, 2016). Par exemple, les valeurs et les croyances des infirmières quant au phénomène du suicide chez les jeunes, le manque

d'habiletés à communiquer avec les enfants et leurs parents à ce sujet, les expériences antérieures personnelles et professionnelles de l'infirmière à l'égard du suicide ainsi que les outils utilisés par l'infirmière pour évaluer le risque suicidaire des enfants et des adolescents sont tous des éléments pouvant faciliter ou nuire à ce PERS. La plupart de ces études, par contre, ne font pas la distinction entre le PERS effectué chez l'enfant et celui chez l'adolescent. Pourtant, compte tenu du fait, entre autres, que les enfants se distinguent des adolescents et que plusieurs infirmières envisagent difficilement que les enfants peuvent vouloir mourir pour mettre fin à leur détresse, il s'avère pertinent de s'intéresser spécifiquement à ce PERS chez les enfants de moins de 12 ans.

La toile de fond théorique sur laquelle s'appuie cette recherche est le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM (Cara et al., 2016; Cara et Girard, 2013). En fait, ce modèle met l'accent sur les interactions continues, réciproques et dynamiques de la Personne⁵ avec son environnement ainsi que sur la santé en termes de processus, ce qui est cohérent avec l'objet de cette recherche portant sur le PERS. Plus spécifiquement, dans le cadre du PERS, l'infirmière est en interrelation constante avec l'enfant et sa famille afin de comprendre la signification de l'épisode de soins, et donc, de contribuer à leur mieux-être. De cette façon, l'infirmière s'inscrit dans la vision humaniste et relationnelle proposée par ce modèle. À cet égard, Perlman, Neufield, Martin, Goy et Hirdes (2011) ajoutent que le PERS doit être considéré comme une partie intégrante d'un processus thérapeutique holistique nécessitant la collaboration entre l'enfant, sa famille et l'infirmière.

En résumé, malgré les taux très bas de suicide chez les moins de 12 ans, il demeure que certains enfants présentent des idées ou des comportements suicidaires. Bien que l'évaluation de la condition physique et mentale incluant l'évaluation du risque suicidaire d'un patient symptomatique corresponde à une activité centrale du rôle de l'infirmière (OIIQ, 2016). Or, en

⁵ La Personne représente un individu, une famille, une communauté ou une population (Cara et al., 2013)

santé mentale auprès des moins de 12 ans tout comme chez l'adulte (Aflague et Fertz, 2010) , l'évaluation du risque suicidaire n'est pas toujours effectuée de manière systématique. De plus, le contexte incluant l'organisation des soins, la manière de procéder et l'environnement physique peuvent agir négativement ou positivement sur le déroulement du PERS. Certains éléments comme les caractéristiques développementales et l'état mental de l'évalué (l'enfant) doivent être appréciés car ils ont un impact sur le PERS. Finalement, l'évaluatrice (l'infirmière) avec ses propres caractéristiques produit également un effet. Dans cet ordre d'idée, des éléments pouvant favoriser ou nuire au PERS ont été identifiés auprès des infirmières travaillant auprès de jeunes (enfants et adolescents sans distinction quant à l'âge), ainsi que de patients adultes. Toutefois, peu d'études ont porté spécifiquement sur le PERS chez les enfants de moins de 12 ans, alors qu'il s'agit d'une population particulière, comme nous l'avons vu. En effet, les caractéristiques développementales distinctives des enfants sur les plans cognitif, émotif, social, physique et de la communication jumelée à la difficulté pour les adultes à envisager le suicide comme étant possible chez les enfants font en sorte que le PERS chez cette population est différent. Afin de contribuer à l'enrichissement des connaissances, il est donc intéressant d'explorer et de conceptualiser ce processus vécu par les infirmières en santé mentale auprès de ces enfants.

Le but de cette étude est donc de décrire, comprendre et schématiser le PERS selon une perspective infirmière en santé mentale auprès des enfants de moins de 12 ans.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans ce chapitre, nous présentons la recension des écrits afin d'exposer les concepts clés et la vision disciplinaire de la présente recherche. Malgré que les auteurs ne s'entendent pas sur la place de la recension des écrits en théorisation ancrée, il n'en demeure pas moins qu'elle est nécessaire afin de connaître l'état actuel des connaissances en lien avec le sujet de recherche et de développer la sensibilité théorique du chercheur (Corbin et Strauss, 2015; Strauss et Corbin, 1998).

Le chapitre se divise en trois parties soit : le phénomène du suicide chez les enfants, le PERS auprès des enfants, le PERS auprès de patients adolescents et adultes ainsi que le modèle humaniste comme toile de fond disciplinaire à cette recherche. Mais tout d'abord, la méthode utilisée pour effectuer la recension des écrits est présentée dans les paragraphes suivants.

Pour en arriver à ces sections du chapitre, la recension des écrits nécessaire afin d'identifier les dimensions du PERS a porté sur les thèmes suivants : 1) phénomène de l'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans, 2) le PERS des enfants, des adolescents et des adultes incluant les particularités développementales des moins de 12 ans, 3) les perceptions et attitudes des infirmières auprès des patients suicidaires.

Premièrement, les études traitant du phénomène du suicide chez les enfants et de son évaluation en sciences infirmières ont été trouvées à l'aide des moteurs de recherche suivants : PubMed, Web of Science, CINAHL, EMBASE et Google Scholar avec les mots-clés anglais et français suivants, en combiné et individuellement : *infirmière/nurse, suicide, enfant/ child/ youngster, évaluation/assessment*. Les critères d'inclusion sont les articles traitant du suicide chez les enfants de moins de 12 ans, publiés de 2005 à 2015, en anglais ou français et disponibles de manière électronique. Dans un premier temps, plusieurs études ont été obtenues (287),

cependant 163 étaient des doublons. De plus, malgré l'utilisation des mots-clés *enfant, child, youngster, évaluation / assessment et suicide*, certaines études (118) ont été exclues puisqu'elles traitaient plutôt des comportements suicidaires chez les 12 ans et plus ou bien étaient des études corrélationnelles entre le suicide et différentes psychopathologies. Ces dernières n'ont pas été retenues puisque notre sujet d'intérêt est l'ensemble du PERS et pas seulement la compréhension des facteurs de risque chez les enfants. Finalement, peu d'études portant précisément sur les moins de 12 ans étaient disponibles (six). Or, parmi les études répertoriées précédemment, cinq traitant des 15 ans et moins et une des 14 ans et moins ont été ajoutées, pour un total de 11 études ciblées. En fait, des éléments nouveaux et pertinents ont été identifiés dans les études ajoutées, permettant l'enrichissement des connaissances à l'égard du phénomène du risque suicidaire auprès des enfants de moins de 12 ans. L'article publié en juin 2019 dans la revue *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* présenté à l'annexe A témoigne de cette recension des écrits.

Deuxièmement, comme les études traitant du risque suicidaire chez les moins de 12 ans et de son évaluation étaient peu nombreuses, une revue de la littérature a été effectuée afin de constater l'état des connaissances sur le PERS effectué par les infirmières auprès des adolescents et des adultes. Il nous apparaissait nécessaire de regarder les éléments impliqués dans le PERS des adolescents et des adultes malgré les différences qui existent entre les groupes d'âge car certaines de ses dimensions pourraient être communes à toutes les populations. Pour ce faire, les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : PubMed, Web of Science, CINAHL, EMBASE et Google Scholar. Ces mots-clés en anglais et en français en combiné et individuellement ont été retenus : *suicide assessment, suicide risk assessment, suicidalité, évaluation, suicidality assessment, évaluation du risque suicidaire, évaluation de la suicidalité*.

Ils ont été ensuite combinés avec le mot *infirmière* ou *nurse*. Les articles disponibles électroniquement et publiés entre 2005 et 2015 ont été retenus. Dans un premier temps, 200 articles ont été répertoriés et de ceux-là, 80 étaient des doublons. Ainsi, 120 résumés ont été lus. De ce nombre, 112 ont été éliminés puisqu'ils abordaient des problématiques de santé mentale spécifiques ou bien étaient des témoignages cliniques et deux autres n'étaient pas disponibles en français ou en anglais. Ainsi, huit articles ont été retenus à cause de leur pertinence (caractéristiques de l'infirmière) pour notre sujet de recherche qui a pour but de décrire, comprendre et schématiser le PERS auprès des enfants effectué par les infirmières. Également, deux articles trouvés à partir de références des textes retenus et portant sur le PERS effectuée par d'autres professionnels (psychologues et travailleurs sociaux) ont été consultés, car ils contribuaient à de nouvelles dimensions abordées dans le PERS. Par la suite, afin d'approfondir la recherche documentaire, les articles trouvés entre 1995 et 2005 ont été ajoutés (six), pour un total de 16 articles. Finalement, une alerte programmée automatiquement liée au moteur de recherche Google Scholar a permis de trouver cinq nouveaux articles entre 2015 et 2019. Ces articles sont utilisés dans la discussion. Un schéma de cette recherche documentaire est disponible à l'annexe B.

Par ailleurs, comme le PERS peut être influencé par les perceptions et attitudes des infirmières, les mêmes moteurs de recherche ont été utilisés pour trouver des articles portant sur cette thématique. Les mots-clés utilisés en anglais et en français en combiné et individuellement sont : *infirmière/nurse*, *perception*, *attitudes*, *suicide*, *assessment/évaluation*, *child/enfant*. Aucun article s'intéressant directement à notre sujet n'a été trouvé.

Finalement, pour bien comprendre les particularités qui distinguent les moins de 12 ans, une recension des écrits sur les caractéristiques développementales cognitives, émotionnelles, sociales, physiques et de la communication a également été effectuée. Les moteurs de recherche Google Scholar et PsychInfo ont été utilisés avec l'expression « développement et enfant » combinée avec chacun des mots-clés suivants : cognitif, émotif, psychosocial, physique, de la communication. La même recherche a été effectuée en anglais, avec l'expression « development and children » combinée tour à tour à chacun des mots-clés anglais suivants : *cognitive, emotional, psychosocial, physical* et *communication*. Cette recherche a permis de trouver 8 articles en lien avec les particularités développementales des enfants âgés entre 6 et 12 ans.

En résumé, nous avons retenu 11 études sur le phénomène du risque suicidaire chez les enfants, 16 sur le PERS effectuée par les infirmières et d'autres professionnels auprès d'adolescents ou d'adulte à risque de suicide. De plus, huit articles sur le développement des enfants de six à 12 ans ont aussi été analysés. Par conséquent, 31 articles ont servi à la recension des écrits.

2.1 Le phénomène du risque suicidaire chez les moins de 12 ans

Malgré que le taux de suicide soit relativement faible chez les moins de 12 ans, il s'avère que le phénomène du suicide est bien présent (Lanzillo et al., 2018). Ainsi, dans la section suivante, il sera question du phénomène du risque suicidaire chez les enfants comme la prévalence des idées et des tentatives en plus d'aborder les facteurs de risque et de protection ainsi que les composantes développementales chez cette population.

2.1.1 La prévalence des idées et des tentatives suicidaires chez les jeunes. Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler qu'au Québec et à travers le monde, le taux de suicide demeure bas chez les enfants. Cependant, les comportements suicidaires sont relativement fréquentes au sein de cette population, comme le démontre l'étude de Sarkar, Byrne, Power, Fitzpatrick, Anglim et al. (2010). Ces auteurs ont mené une étude rétrospective au sujet des enfants admis de 2002 à 2008 dans une urgence pédiatrique de Dublin pour des problématiques reliées au suicide. Cette étude avait pour but de comparer les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de risque de suicide entre les enfants de 12 ans et moins et les adolescents âgés de 13 à 16 ans. Le nombre d'admissions provenant du département de l'urgence pédiatrique était de 435 jeunes et les raisons de la consultation variaient des pensées suicidaires aux tentatives de suicide. Les résultats ont démontré que les enfants en général présentaient plus fréquemment des idées suicidaires (53%), tandis que les adolescents étaient vus plutôt pour des comportements suicidaires (54%). Ces données correspondent également à la recherche de Berthod, Giraud, Gansel, Fournet et Desombre (2013) ainsi qu'aux articles cliniques de Greydanus et al. (2010) et d'Orban et Malchair (2010) quant au fait que les enfants de moins de 12 ans présentent principalement des idées et moins de comportements suicidaires.

Dans une étude rétrospective américaine de 2018 sur les données recueillies dans 49 hôpitaux pédiatriques, il est rapporté que 115 856 consultations pour idées ou tentatives de suicide ont été effectuées auprès d'enfants âgés entre 5 et 17 ans entre 2008-2015 (Plemmons et al., 2018). À ce sujet, ces auteurs mentionnent une augmentation constante depuis 10 ans du nombre de consultations pour toutes les tranches de vie. Ils précisent que pour les 5 à 11 ans, il y aurait eu 14 852 consultations dans les urgences et les unités de soins de 49 hôpitaux

pédiatriques américains durant la période de 2008 à 2015. Ce phénomène serait également constatée au Canada, malgré qu'il ne soit pas possible de mesurer précisément faute de registre (Burstein et al., 2019). En fait, selon Burstein et al. (2019) les visites à l'urgence pour idées ou tentatives de suicide auraient augmenté de 55% depuis 2015 et compteraient maintenant pour 2% de toutes les raisons de consultations d'un hôpital universitaire pédiatrique de Montréal. De plus, selon leurs constatations, les enfants consultant pour des idées ou pour des tentatives de suicide seraient de plus en plus jeunes (Burstein et al. 2019).

Au sujet de la prévalence des idées et tentatives de suicide en lien avec le sexe et l'âge, Berthod et al. (2013) ainsi que Stordeur (2015) ont constaté que les garçons meurent plus par suicide que les filles, indépendamment de leur âge. Les idées suicidaires et les tentatives sont, pour leur part, plus fréquentes chez les filles. De plus, la recherche descriptive quantitative effectuée par Berthod et al. (2013) après l'analyse de 48 dossiers médicaux d'enfants de 13 ans et moins (n= 26 filles et 22 garçons) admis dans un centre hospitalier français pour tentative suicidaire entre 2008 et 2011 révèle que les filles demeuraient majoritaires (sex-ratio : 0,85) à faire des tentatives de suicide et qu'en moyenne les garçons sont plus jeunes lors des tentatives ($p=0,047$) et utilisaient des moyens plus violents ($p=0,048$). Berthod et al. (2013), ainsi que Sarkar et al. (2010) notent également que les enfants de moins de 11 ans utilisaient des moyens plus violents comme la pendaison/strangulation ou la défenestration. Cependant, une étude de dossiers plus ancienne (Delamare et al., 2007), effectuée auprès de 97 jeunes de 13 ans et moins ayant fait une tentative de suicide, contredit les résultats précédents. Selon ces chercheurs, il n'y a pas de prédominance masculine du geste suicidaire avant l'âge de 12-13 ans (Delamare et al., 2007). Cette différence de résultats pourrait s'expliquer entre autres par les données manquantes sur l'âge du passage à l'acte pour 22 enfants dans l'étude de Delamare et al. (2007). Par ailleurs,

il est possible de croire que les études sous-estiment généralement le nombre de jeunes présentant des idées et des comportements suicidaires, car seuls les enfants ayant eu recours aux services de santé étaient inclus dans les échantillons de ces études. Or, comme l'indiquent Berthod et al (2013), souvent les enfants qui ont des idées ou gestes suicidaires ne sont pas vus par le personnel soignant. À cet égard, Delamare et al. (2007) précisent que les tentatives de suicide de l'enfant s'avèrent généralement sans gravité somatique et donc ne nécessitent souvent pas des soins physiques, ce qui vient appuyer la notion de sous-estimation.

Les enfants démontrent donc plus d'idées que de comportements suicidaires et ce sont, en général, les garçons qui décèdent plus que les filles. En général, les garçons ont des comportements suicidaires à un plus jeune âge (11 ans et moins) et utilisent des moyens plus violents que les filles. Toutefois, les données disponibles sur les idées et comportements suicidaires des enfants peuvent être sous-estimées puisqu'elles ont été obtenues seulement auprès d'une population clinique. Maintenant que nous avons pris connaissance de la prévalence des idées et des tentatives de suicide chez les enfants, nous traiterons des facteurs de risque et de protection en lien avec le suicide chez les moins de 12 ans.

2.1.2 Les facteurs de risque et de protection face au suicide chez les enfants de moins de 12 ans. Les facteurs de risque et de protection font partie des éléments à prendre en considération lors du PERS puisqu'ils peuvent influencer le risque suicidaire chez les enfants. Les facteurs de risque correspondent à des attributs, caractéristiques ou expositions qui accentuent la fragilité et la vulnérabilité d'une personne, dans ce cas-ci qui augmentent la probabilité de suicide. Pour leur part, les facteurs de protection réduisent l'impact des facteurs

de risque (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014). Sarkar et al. (2010) se penchent sur les facteurs augmentant le risque de suicide chez les enfants, en comparant les enfants (12 ans et moins N= 89) et les adolescents (13-16 ans, N= 346) (N total=435). Ils montrent que, pour les enfants, des antécédents familiaux de psychopathologie se présentent dans 37% des cas et des situations d'intimidation dans 16% des cas. Pour leur part, dans leur article clinique, Orban et Malchair (2010) nuancent l'influence que peut avoir l'environnement familial sur le risque suicidaire. En effet, selon ces auteurs, si le milieu s'avère soutenant socialement et émotionnellement pour l'enfant, il devient un facteur de protection. Au contraire, si, par exemple, la cellule familiale semble éclatée, que les parents présentent des troubles psychopathologiques, que la communication devient déficiente, le milieu familial pourra être perçu comme un facteur de risque. Certains événements de la vie d'un enfant constituent aussi des facteurs de risque, comme les divorces ou les séparations, le décès d'un proche, les difficultés scolaires ou des conflits avec les pairs (Horowitz et al., 2014; Orban et Malchair, 2010; Stordeur, 2013). De plus, Berthod et al. (2013) mentionnent qu'une investigation des idées suicidaires devrait être faite systématiquement chez les victimes de maltraitance, de négligence ou de violence sexuelle en raison du risque important que ces situations impliquent.

Également, Lanzillo et al. (2018) rapportent que la présence de troubles de santé mentale est associée à une augmentation du risque suicidaire. De façon générale, les principales pathologies associées à la tentative de suicide sont les troubles de l'humeur (Berthod et al., 2013; Giraud et al., 2013). Toutefois, l'étude de Ben-Yehuda et al. (2012) compare plus précisément les différents diagnostics rencontrés entre les enfants et les adolescents suicidaires. La population totale étudiée est de 266 jeunes. Les adolescents âgés de 12 à 18 ans sont au nombre de 227, tandis les enfants âgés de 12 ans et moins sont au nombre de 39. Les résultats démontrent

que les diagnostics les plus rencontrés chez les enfants sont le trouble d'adaptation (38,5%), le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDA/H] (25,6%), ainsi que les troubles de conduites (23,1%). Néanmoins, il apparaît nécessaire de demeurer prudent dans l'interprétation de ces données puisque ce sous-échantillon (n= 39) est petit. Dans l'étude transversale de Bourdet-Loubère et Raynaud (2013), il est mentionné que la problématique des idéations et tentatives de suicide chez les enfants s'avère plus alarmante chez les enfants hospitalisés en pédopsychiatrie. En effet, la prévalence d'idées suicidaires serait de 12% pour les enfants de six à 12 ans qui ne présentent pas de problème de santé mentale, alors que ce taux augmente pour atteindre 25% à 33% chez les jeunes qui fréquentent une clinique externe de psychiatrie et 72% à 79% pour ceux qui sont hospitalisés en pédopsychiatrie. Au Québec, une étude de Breton, Labelle, Huynh, Berthiaume, St-Georges et al. (2012) réalisée à l'aide d'une grille d'analyse de 75 dossiers de jeunes dépressifs de six à 17 ans hospitalisés entre 2002 et 2003 a permis de comparer statistiquement les caractéristiques cliniques de trois cohortes d'enfants, soit : les garçons de six à 11 ans, ceux de 12 à 17 ans, ainsi que les filles de 12 à 17 ans. Une limite importante à l'étude s'avère être l'absence d'une cohorte de filles âgées de six à 11 ans afin de pouvoir considérer les différences entre les garçons et les filles du même âge. Cependant, il est possible de constater que les idées suicidaires sont presque aussi présentes chez les garçons de six à 12 ans (71%) que chez les adolescents (72%) et les adolescentes (85%). Ainsi, la proportion d'enfants suivis en santé mentale qui ont des idées suicidaires est loin d'être marginale, ce qui renforce, selon Lanzillo et al. (2018), la pertinence d'évaluer la présence d'idées suicidaires chez les enfants référés en santé mentale jeunesse.

En contrepartie à ces facteurs de risque, il existe également des facteurs de protection au suicide chez les jeunes de moins de 12 ans. Cependant, peu de données existent précisément à

ce sujet (Lanzillo et al. 2018). Dans la population en générale, les facteurs de protection du suicide sont l'appui des membres de la famille, les amis et les relations significatives, les croyances religieuses, culturelles et ethniques, l'engagement communautaire, une vie sociale satisfaisante, ainsi qu'une bonne intégration sociale (OMS, 2006; Rassy, 2012). Il est possible de croire que ceux-ci peuvent également s'appliquer aux jeunes de moins de 12 ans. Ainsi, dépendamment de la dynamique, la famille peut être un facteur de protection pour les enfants. Berthod et al. (2013), Greydanus et al. (2010), de même qu'Orban et Malchair (2010) ajoutent que le jeune âge est indéniablement un facteur de protection contre les tentatives suicidaires et le suicide. En effet, plus l'enfant est jeune, moins il s'avère capable d'élaborer un plan et de le mettre à exécution. Néanmoins, il demeure essentiel de prendre en compte que le geste suicidaire des enfants peut être impulsif et réactionnel à un événement ponctuel (Delamare, 2013; Delamare et al., 2007).

En somme, le risque suicidaire chez les enfants est bien réel. Sa prévalence augmente considérablement lorsque les enfants présentent un diagnostic de trouble mental ou d'autres facteurs de risque. Peu de facteurs de protection ont été identifiés spécifiquement pour les enfants, mais le jeune âge semble protéger l'enfant contre le suicide. En fait, plus l'enfant est jeune, plus il est protégé. Toutefois, Nock et al. (2013) ainsi qu'Horowitz et al. (2014) stipulent qu'il est nécessaire de procéder à l'évaluation du risque chez l'enfant car il augmente considérablement à l'adolescence et fluctue tout au long de la vie d'une personne. Ainsi, l'infirmière doit être en mesure de reconnaître les facteurs de risque et de protection lors du PERS afin de déterminer adéquatement le niveau de risque chez l'enfant.

2.1.3 Particularités développementales des moins de 12 ans. Dans le contexte du PERS chez l'enfant, il est primordial de considérer l'aspect développemental. En effet, l'âge du jeune va influencer la façon dont ce processus va pouvoir se dérouler. L'être humain traverse différentes phases de développement à travers le cycle de sa vie. Une d'entre elles est dite « intermédiaire » de l'enfance, aussi appelée « l'âge scolaire ». Elle correspond à la période allant de 6 à 12 ans. Cette phase du développement est considérée comme charnière car c'est durant cette période que l'enfant établit son identité personnelle, développe des aptitudes, des habitudes et des valeurs qui le suivront toute sa vie (MSEJ, 2017). De plus, le développement global de l'enfant est influencé par le contexte familial et scolaire dans lequel il évolue, ainsi qu'en fonction des pairs qu'il côtoie. Ces différentes influences ainsi que les caractéristiques individuelles de chaque enfant font en sorte que le rythme du développement varie d'un enfant à un autre (Gäng-Pacífico, 2016). Ainsi, lorsque l'infirmière est face à des enfants de moins de 12 ans, elle doit être en mesure de bien connaître leurs particularités développementales puisque celles-ci peuvent atténuer ou accentuer le risque suicidaire des enfants. Par conséquent, ces particularités doivent être considérées lors du PERS (Horowitz et al. 2014; Patterson, 2016). La partie suivante aborde certains éléments du développement cognitif, affectif, social, physique ainsi que de la communication des 6 à 12 ans qui peuvent influencer le risque suicidaire et le PERS.

2.1.3.1 Le développement cognitif. Le développement cognitif est marquant durant cette période de l'enfance (Gäng-Pacífico, 2016). D'ailleurs, selon Piaget (1966), l'enfant acquiert entre 6 et 12 ans de nouvelles opérations mentales et de nouvelles structures. En fait, l'intelligence devient de plus en plus opératoire. Autrement dit, l'enfant, en partant de situations

concrètes devient de plus en plus capable d'abstraction. Par conséquent, vers l'âge de 11-12 ans, il est capable de raisonnement plus abstrait (Bee et Boyd, 2003), ce qui affecte la manière dont il conçoit la mort. À ce sujet, Berthod et al. (2013), Greydanus et al. (2010) et Mishara (1996) identifient quatre notions qui doivent être acquises par un individu pour que le concept de la mort soit intégré. Ainsi, il y a 1) le caractère irréversible de la mort qui la rend définitive; 2) l'universalité c'est-à-dire que tous vont mourir un jour; 3) l'inévitabilité de la mort donc qu'il s'agit de l'issue finale de la vie; et aussi 4) l'imprévisibilité, qui fait référence au fait qu'on ne sait pas quand ni comment nous allons mourir. L'étude de Mishara (1999), portant sur la compréhension des quatre notions principales de la mort chez 65 enfants québécois, a montré que ces notions ne sont généralement pas acquises avant l'âge de neuf ans. Selon Greydanus et al. (2010), pour les jeunes enfants, « mourir » peut vouloir dire « dormir ». Selon ces auteurs, la compréhension du concept de la mort s'effectue au fil des expériences de décès vécues par les enfants dans leur entourage. Vers neuf ou dix ans, les enfants présentent une certaine compréhension de la mort qui se consolide à l'adolescence lorsque l'enfant a les capacités cognitives nécessaires pour faire la synthèse des quatre notions (irréversibilité, finalité, universalité et imprévisibilité) (Greydanus et al., 2010).

Néanmoins, selon Berthod et al. (2013), il n'est pas nécessaire d'avoir acquis totalement la compréhension du concept de mort pour chercher à se la donner. En effet, malgré une représentation inachevée de la mort, un enfant de six à 12 ans est capable de décrire précisément un moyen fatal ayant pour but de se donner la mort et donc d'avoir des idées suicidaires ou de faire une tentative de suicide. Ainsi, selon que l'infirmière se retrouve devant un enfant de 6 ou 12 ans, elle doit prendre en considération que la conception que ce dernier peut avoir de la mort et donc du suicide va varier grandement.

2.1.3.2 Le développement affectif et social. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il devient de plus en plus conscient de ses émotions et de celles des autres. De plus, les émotions qu'il expérimente sont de plus en plus complexes, telles que la fierté, la honte et la culpabilité (Gäng-Pacífico, 2016). Simultanément, au plan social, les amis ont de plus en plus d'importance. Le sens du soi et la conscience de leur propre valeur sont maintenant associés, en partie, à des valeurs et à des normes de groupes (Stefanone, Lackaff et Rosen, 2011). En fait, les enfants au fur et à mesure qu'ils grandissent forment des amitiés et sont de plus en plus acceptés dans un groupe de pairs ce qui peut être facteurs de protection ou de risque selon la qualité des relations. Un certain nombre d'entre eux commencent aussi à avoir des interactions avec le sexe opposé. Ainsi, puisque le groupe de pairs devient de plus en plus important, les enfants peuvent être plus fragiles dans des contextes de ruptures ou conflits. De plus, dépendamment de l'évolution de son développement, l'enfant peut présenter un manque de stratégies d'adaptation entraînant des difficultés à établir des relations significatives avec les pairs ou encore à gérer un stress aigu (Ridge Anderson et al., 2016; Miller, 2018). Ces facteurs peuvent augmenter le risque suicidaire des jeunes et doivent être pris en compte lors du PERS par l'infirmière.

2.1.3.3 Le développement physique et de la communication. Au plan physique, cette période coïncide avec la puberté incluant, entre autres, le développement des seins chez les filles et la pilosité pubienne. Or, sentir ces divers changements corporels peut être déroutant pour les enfants ce qui peut engendrer de la difficulté à les comprendre ou les accepter (MSEJ, 2017). Par ailleurs, la motricité globale et la motricité fine se raffinent chez les enfants de 6 à 12 ans,

ce qui augmente entre autres la précision des mouvements (Barrio, 2007). Cette capacité de mouvement chez l'enfant peut influencer le risque suicidaire. En effet, un enfant qui a de plus grandes capacités et une plus grande précision dans ses mouvements peut être capable d'utiliser des moyens plus délétères lors d'une tentative de suicide (Petot, 2004). Pour cette raison, l'infirmière doit tenir compte des changements physiques et de la motricité lors du PERS chez les enfants.

Au même moment, sur le plan de la communication, les enfants maîtrisent mieux le vocabulaire et la langue. Ils deviennent progressivement meilleurs pour la lecture, l'écriture ainsi que l'orthographe (Lam, McHale et Crouter, 2012). Plus, les enfants avancent en âge durant cette période, plus ils sont capables de persuader et convaincre avec des arguments bien formés. La communication avec les pairs évolue, alors les enfants deviennent plus habiles pour communiquer leurs idées, observations et sentiments (MSEJ, 2017). En fait, un enfant qui s'exprime bien sera capable de dire ce qu'il vit et ressent tandis qu'un autre présentant un retard à ce niveau sera moins en mesure de le faire (Barrio, 2007). Ainsi, la communication peut avoir une influence plus ou moins facilitante lors du PERS au fur et à mesure que les habiletés de l'enfant se développent. En somme, ces différents changements qui surviennent peuvent produire des effets sur le risque suicidaire des enfants de moins de 12 ans donc moduler la manière d'effectuer le PERS auprès de ces jeunes. La section suivante du chapitre aborde d'ailleurs en quoi consiste le PERS et ses différentes composantes.

2.2 Le processus d'évaluation du risque suicidaire (PERS)

Une façon de prévenir le suicide, que ce soit chez les enfants ou chez toute autre population, est de procéder à l'évaluation du risque suicidaire. Cette évaluation s'inscrit dans

un PERS qui est une forme de processus d'évaluation clinique, et constitue une des activités centrales de l'infirmière. Les prochains paragraphes visent donc à déterminer en quoi consiste le processus de l'évaluation clinique et plus spécifiquement le PERS.

2.2.1 Processus d'évaluation clinique. Tout d'abord, un processus correspond est un ensemble d'activités logiquement interreliées qui produisent un résultat déterminé à travers le temps (Wiener, 2007). Plus précisément, le processus d'évaluation clinique est dynamique et comprend la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Jarvis, 2019). L'infirmière (évaluatrice) recueille des données par différents moyens tels que : des questionnaires, un entretien, des observations, un examen physique de la Personne (l'évalué), différents tests diagnostiques ainsi que par des observations qu'elle fait elle-même ou qui lui sont transmises par d'autres professionnels. Par la suite, elle procède à l'analyse et à l'interprétation des données obtenues afin de statuer sur l'état de santé et les interventions à entreprendre (OIIQ, 2016; Létourneau et al. 2017). En somme, l'évaluation clinique est un processus par lequel des informations utiles sont obtenues permettant de juger des actions à entreprendre. Lors de ce processus, il y a une interinfluence entre le contexte de soins (par exemple : soins en santé mentale pédiatrique dans un centre hospitalier ou en ambulatoire) et les personnes impliquées (évaluateur et évalué), affectant ainsi le résultat de l'évaluation et les actions qui seront entreprises. Le PERS s'inscrit dans un processus d'évaluation clinique structuré effectué par l'infirmière. Maintenant que le processus de l'évaluation clinique a été présenté, il semble nécessaire de préciser le sens du concept de « risque suicidaire » choisi pour cette étude.

2.2.2 Définition du risque suicidaire. Avant de définir le PERS, il s'avère primordial de définir en quoi consiste le risque suicidaire puisque cette définition ne fait pas consensus dans les écrits. À ce sujet, l'Association américaine de suicidologie (AAS) utilise l'expression « Suicidal Risk » sans faire de distinction entre le risque et l'urgence suicidaire, alors que l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) parle plutôt, quant à elle, d'un potentiel suicidaire qui inclut le risque, l'urgence et le danger suicidaire (Laflamme et al., 2007; OMS, 2014). Laflamme et al. (2007), dans leur document destiné spécifiquement aux infirmières, définissent le risque suicidaire comme la probabilité à long terme, c'est-à-dire à l'intérieur de deux ans, qu'une personne se suicide, tandis que l'urgence réfère à l'imminence du passage à l'acte, souvent à l'intérieur de 48 heures. Ces définitions du risque et de l'urgence suicidaires sont similaires à celles de l'OMS (2014). Le danger suicidaire, selon Laflamme et al. (2007) et l'OMS (2014), fait référence à la dangerosité du scénario suicidaire. Autrement dit, il s'avère essentiel, pour juger du danger suicidaire, d'évaluer le potentiel léthal du scénario suicidaire en repérant les intentions du patient, les moyens qu'il pense utiliser et l'accessibilité de ces moyens (Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2005). Ainsi, selon les différentes conceptions, il est possible d'évaluer le risque, l'urgence et/ou le danger suicidaire. Dans le cadre de cette thèse, puisque la population cible est les enfants de moins de 12 ans, nous avons retenu le concept de risque suicidaire tel que présenté par Laflamme et al. (2007) et l'OMS (2014). En effet, comme les enfants présentent davantage d'idées suicidaires et que le risque augmente avec l'âge, il s'avère pertinent d'évaluer le potentiel de risque pas seulement en termes d'urgence mais plutôt sur une plus longue période (Berthod et al., 2013; Greydanus, 2010; Sarkar et al., 2010).

En s'appuyant sur cette définition du risque suicidaire, le PERS a pour but « d'apprécier son fondement » (Perlman et al., 2011, p.1), c'est-à-dire identifier les éléments constituant le risque plutôt que de prédire le suicide d'une personne. Ainsi, le PERS permet d'identifier les éléments qui constituent le risque (dépistage) en plus de déterminer le niveau de ce risque. L'identification de ce niveau de risque va influencer les décisions qui seront prises pour assurer la sécurité. Autrement dit, toutes les personnes qui répondent positivement aux questions sur les idées, sur le plan ainsi que sur les intentions suicidaires feront ensuite l'objet d'une évaluation plus exhaustive afin de déterminer le niveau de risque et ainsi soutenir les décisions à l'égard des soins et services nécessaires pour assurer la sécurité (Erbacher et Singer, 2018).

Le PERS correspond à un processus d'évaluation clinique qui comprend le dépistage et qui vise à déterminer dans quelle mesure la personne risque de poser un geste suicidaire à long terme (à l'intérieur de deux ans). Dans la partie suivante du chapitre, il sera question du PERS auprès des moins de 12 ans et des éléments pouvant l'influencer.

2.2.3 Éléments pouvant influencer le PERS effectué chez l'enfant. Le PERS est influencé, comme pour les autres processus d'évaluation clinique, par l'évaluatrice (l'infirmière), l'évalué (enfant et sa famille), ainsi que le contexte (clinique externe de santé mentale, centre jeunesse ou milieu hospitalier). Afin de poser un regard sur les différents types d'éléments impliqués dans le PERS auprès des moins de 12 ans, une recension des écrits a été effectuée en lien avec la perception et les attitudes de l'évaluatrice mais aucun article abordant précisément ce sujet n'a été recensé. Toutefois, la croyance que les enfants ne veulent pas s'enlever la vie et la disponibilité d'outils de dépistage validés pour les moins de 12 ans peuvent moduler la manière de faire le PERS chez les infirmières en santé mentale pédiatrique. Le

paragraphe suivant traite de l'existence de cette croyance au sujet des enfants identifiée dans la littérature, ainsi que de certains outils de dépistage disponibles.

2.2.3.1 La croyance que les enfants ne veulent pas s'enlever la vie. En général, dans notre société où l'accent est mis sur le bien-être et la sécurité des enfants, il peut être difficile de croire que ces derniers peuvent vouloir mettre fin à leurs jours (Machado, 2017; Vandevooode, 2015). D'ailleurs, ce sont souvent les parents qui, lors de l'évaluation de la condition physique et mentale, parlent de gestes suicidaires comme étant des accidents provoqués par l'inconscience ou l'imprudence de l'enfant (Berthod et al., 2013). Or, sans le vouloir, ils ne reconnaissent peut-être pas l'intensité de la détresse ressentie par leur enfant et la teneur de son geste, contribuant ainsi au déni du phénomène (Breton et al., 2012). Cette tendance, qui ne se manifeste pas seulement chez les parents, a longtemps été partagée par les cliniciens de diverses professions (Petot, 2003). À ce sujet, Greydanus et al. (2010) mentionnent que ce déni serait aussi relié aux difficultés à mesurer objectivement les pensées et les comportements suicidaires des enfants car souvent, il est impossible de valider l'intention. Par conséquent, ces idées ou tentatives sont répertoriées comme accidentelles dans les dossiers médicaux de ces jeunes et ne semblent pas perçues à leur juste valeur (Skinner et McFaull, 2012). Par ailleurs, si le suicide chez les adultes demeure encore un tabou et s'avère un sujet difficile à aborder, il semble encore plus délicat de le faire lorsqu'il s'agit d'un enfant (Barrio, 2007). Il devient possible de penser que ce tabou existe aussi auprès des infirmières et qu'il agit sur le PERS auprès des moins de 12 ans. En effet, les infirmières qui croiraient qu'un enfant ne peut vouloir s'enlever la vie n'auraient pas tendance à débiter un PERS. La section suivante traite des outils utiles à la collecte de données lors du PERS chez l'enfant.

2.3.3.3 Outils spécifiques au dépistage lors du PERS chez les enfants. Une revue de littérature effectuée par Heise, York et Thatcher (2016) a permis de répertorier cinq outils pouvant aider au jugement des infirmières lors du PERS afin de dépister le risque suicidaire chez les enfants. Le premier s'intitule « *Ask Suicide Screening Questions tool (ASQ)* » développé par Horowitz et al.(2012) et est utilisé auprès des jeunes âgés de 10 à 21 ans. Il comprend les quatre questions suivantes : 1) Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ? 2) Au cours des dernières semaines, as-tu pensé que toi ou ta famille seriez mieux si tu étais mort ? 3) Au cours des dernières semaines, as-tu pensé à te suicider ? 4) As-tu déjà essayé de te suicider ? Si oui, comment ? Quand ? Si l'enfant répond aux questions précédentes par l'affirmative, une autre question est alors posée. 5) Penses-tu en ce moment à te suicider ? Cet outil est disponible en français (National Institute of Mental Health, 2017). La valeur prédictive négative (soit la probabilité que les personnes ayant été testées négativement ne soient pas à risque de suicide) de cet outil est de 96,9% pour les patients en psychiatrie. La valeur prédictive positive quant à elle (soit la probabilité que des personnes ayant été testées positivement soient à risque de suicide) est de 71,3% auprès des patients psychiatriques. Cet outil possède des bonnes propriétés psychométriques auprès de la population en psychiatrie et peut contribuer à soutenir le jugement clinique afin de départager les patients qui sont à risque de ceux qui ne le sont pas.

Le second outil de dépistage est le « *Risk for Suicide Questionnaire* », qui s'adresse directement aux enfants de 8 à 18 ans et qui comprend aussi quatre questions : 1) Est-ce que tu consultes aujourd'hui parce que tu as tenté de te blesser ? 2) Dans les dernières semaines, as-tu eu des idées de te tuer ? 3) Dans le passé, as-tu déjà tenté de te blesser ? 4) Est-ce que tu as vécu

un événement stressant dans les dernières semaines ? Cet outil, développé en 2001 par Horowitz et al. (2001), présente une valeur prédictive positive de 55% et une valeur prédictive négative de 97% auprès de la population générale. Les propriétés psychométriques de cet outil sont moins convaincantes que le précédent. À notre connaissance, il n'est pas disponible en français.

Le troisième outil se nomme « *The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)* ». Il s'agit d'un outil plus spécifique au dépistage des troubles de l'humeur, comme la dépression. Il s'adresse aux enfants de 7 à 17 ans, mais le questionnaire peut également être rempli par les parents. Parmi les 33 items du questionnaire, quatre sont spécifiques au dépistage des idées suicidaires : 1) penser à la mort et à mourir, 2) penser que la famille serait mieux sans l'enfant, 3) penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, 4) penser à se tuer. Chaque item peut être noté de 0 à 2 (0 correspondant à « pas vraiment », 1 à « parfois » et 2 à « vraiment »). Or, selon Heise et al. (2016), les valeurs prédictives positive et négative de cet outil, dans l'identification des idées suicidaires courantes, sont respectivement de 10% et de 97%. Pour cette raison il est possible de croire que cet outil n'est pas très fiable car seulement 10% des personnes qui répondent positivement au test sont vraiment à risque de suicide. Il y aurait donc un risque de suridentification de jeunes à risque de suicide avec cet outil.

Le quatrième outil de dépistage, le « *Treatment Emergent Activation and Suicidality Assesment Profile (TEASAP)* », prend la forme d'une liste de symptômes à observer lorsque les enfants et les adolescents âgés de 7 à 17 ans débutent un traitement pharmacologique pouvant augmenter l'incidence de comportements suicidaires, comme certains antidépresseurs. Toutefois, selon Heise et al., 2016, cet outil peut également servir au dépistage du risque de suicide chez les patients qui présentent des facteurs de risque comme de l'irritabilité ou de

l'hyperactivité. Il est à noter que cette équipe de chercheurs recommande de mener plus d'études sur cet outil pour évaluer son efficacité pour l'évaluation du risque suicidaire en première ligne.

Le cinquième outil est la « *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* ». Il comprend quatre sous-échelles servant à mesurer la sévérité et l'intensité des idées et comportements suicidaires ainsi que la létalité du moyen envisagé. Cet outil permet de discerner les idées et les comportements suicidaires des personnes de plus de sept ans. Heise et al. (2016) indiquent que suite à trois études rétrospectives différentes, les résultats psychométriques de cet outil varient pour ce qui est de la mesure de la sévérité, de l'intensité et de la létalité. Cependant, pour ce qui est de détecter les idées et comportements suicidaires, il présente une valeur prédictive positive entre 93% et 100% dans les trois études. Heise et al. (2016) mentionnent qu'il y a une version adaptée pour les enfants avec des déficiences cognitives mais que celle-ci n'a pas été validée. Toutefois, la version validée a été utilisée avec succès auprès des enfants de 7 à 17 ans. Il serait tout de même intéressant de faire des recherches prospectives sur cet outil.

En somme, quelques études (Berthod et al., 2013; Delamare et al., 2007; Giraud et al., 2013) nous renseignent sur les croyances en lien avec le suicide chez les enfants ainsi que sur les outils pouvant aider le jugement de l'évaluatrice (l'infirmière) lors du PERS. Cependant, peu d'études abordent les caractéristiques de l'évaluatrice ainsi que le contexte affectant ce type spécifique de PERS. Pour cette raison, nous avons regardé le PERS chez l'adolescent et l'adulte, car même si le groupe d'âge n'est pas le même, il pourrait exister des similitudes ou des variantes quant à la perception des infirmières à l'égard de ce processus. De plus, l'exploration du PERS chez l'adolescent ou l'adulte pourrait permettre d'identifier des éléments du contexte qui entoure ce processus et qui pourraient avoir une influence peu importe l'âge de l'évalué.

2.3 Le processus d'évaluation du risque suicidaire effectué par les infirmières auprès des adolescents et des adultes

Plusieurs éléments liés au contexte (organisationnels et professionnels) ainsi qu'à l'évaluatrice (personnels et culturels) se retrouvent dans les écrits abordant le PERS chez les adolescents et les adultes. Ces éléments pourraient possiblement se transposer dans le PERS chez les enfants comme nous le verrons dans la section suivante.

2.3.1 Éléments de la dimension organisationnelle et de la dimension professionnelle liés au PERS auprès de l'adolescent et de l'adulte. La dimension organisationnelle réfère aux éléments entourant les milieux de pratique (unité d'urgence, soins ambulatoires ou cliniques externes, etc.) ainsi qu'à la composition des équipes de soins (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologue, etc.). Pour la dimension professionnelle, elle comprend entre autres les éléments liés à la profession comme la formation et le sentiment de compétence de l'infirmière. Au point de vue organisationnel, la variabilité des milieux dans lesquels se déroule le PERS affecte entre autres la manière de procéder. À ce sujet, l'étude phénoménographique réalisée par Aflague et Ferszt (2010) auprès de six infirmières (un homme et cinq femmes) provenant de différents milieux de soins psychiatriques (cliniques externes, unité d'hospitalisation, urgence) avait pour but de décrire les similarités et les différences lors de l'évaluation du risque suicidaire des patients adultes. Les résultats indiquent que les six participants de l'étude ont évalué la vulnérabilité biologique, les stress quotidiens, le soutien social et le risque suicidaire des patients. Toutefois, la manière d'évaluer varie beaucoup d'un milieu à l'autre. À ce sujet, Aflague et Ferszt (2010) mentionnent que les infirmières travaillant dans les urgences

psychiatriques, où la collecte de données et la gestion de la crise doivent se faire rapidement, posent plus de questions aux patients que celles des unités de soins. En contrepartie, les infirmières sur les unités de soins connaissent déjà le vécu du patient, ce qui peut expliquer pourquoi elles procèdent différemment. Ainsi, en lien avec notre étude, il est possible de penser que les infirmières en santé mentale pédiatrique qui œuvrent dans des contextes d'urgence ou de cliniques externes pourraient poser plus de questions que celles qui travaillent à l'interne sur une unité de soins.

De plus, au niveau organisationnel le manque de soutien de la part des administrateurs peut influencer le PERS. Une étude américaine de type sondage (N=631) de Bertz, Sullivan, Manton, Espinola, Miller et al. (2013) a exploré, auprès de médecins (30%), infirmières (48%) et d'aides-soignantes (22%), les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec les patients suicidaires. Les résultats démontrent que des éléments du contexte de soins tels que le manque de personnel compétent en santé mentale ou une absence de soutien de la part des administrateurs vont influencer négativement le PERS. Ainsi, les conditions de travail et le contexte organisationnel dans lequel va se dérouler le PERS a aussi une influence.

Pour ce qui est des éléments de la dimension professionnelle pouvant influencer le PERS, une étude de type sondage (N=229; taux de participation de 77%) de Norheim, Grimholt et Ekeberg (2013) effectuée entre 2010 et 2011 a fait ressortir que la formation ainsi que la supervision professionnelle agissaient positivement sur le PERS. En effet, le personnel en santé mentale jeunesse et adulte travaillant en clinique externe ont une attitude plus positive (meilleure ouverture à l'autre), démontre une meilleure ouverture à l'autre et croient davantage à la prévention quand ils ont pu bénéficier d'une supervision ou lorsqu'ils sont des spécialistes en

santé mentale (Norheim et al., 2013). Outre la formation, une autre dimension professionnelle peut agir sur le PERS, il s'agit du sentiment de compétence de l'infirmière. Une étude canadienne conduite en 2017 auprès de travailleuses sociales (n=71) a permis de constater que le niveau de confiance de ces travailleuses face à leur jugement clinique lors de l'évaluation du risque suicidaire serait proportionnel aux années de pratique clinique (Regehr, Bogo, Leblanc, Baird, Paterson et Birze, 2015). Même si cette étude a été menée auprès de travailleuse sociale, il est possible de croire que cette même relation pourrait exister chez les infirmières. Ainsi plus, l'infirmière possède d'année d'expérience clinique, plus elle se sent confiante face à son jugement clinique et son sentiment de compétence.

Ainsi, à la lumière de ces résultats, il est possible de croire que la formation et le sentiment de compétence peuvent agir sur le PERS auprès des adolescents et des adultes. Plus précisément, le manque de connaissances et d'habiletés ont été identifiées comme une barrière à l'évaluation et aux soins aux patients à risque de suicide dans les études de Bertz et al. (2013), Norheim et al. (2013) et Valente (2011). Par ailleurs, il est possible de penser que le manque de connaissances et d'habiletés pourrait également être présent lors du PERS auprès de la clientèle pédiatrique puisqu'il n'existe pas de formation spécifique pour cette clientèle à notre connaissance et donc affecter le sentiment de compétence de l'infirmière. En somme, il est possible de croire que des éléments de la dimension organisationnelle et de la dimension professionnelle peuvent être également présents lors du PERS auprès des enfants. Plus précisément, on peut supposer que la manière d'évaluer, qui varie selon le contexte, le manque de personnel compétent, le manque de soutien des gestionnaires et le manque de formation ainsi que le sentiment de compétence variable peuvent produire des effets sur les actions/interactions

des infirmières lors du PERS et que ces éléments sont possiblement présents dans le PERS auprès des enfants.

Maintenant que nous avons regardé la dimension organisationnelle et la dimension professionnelle liées au contexte dans lequel se vit le PERS, les éléments des dimensions personnelle et culturelle liées à l'évaluatrice (l'infirmière) sont présentés dans les paragraphes suivants.

2.3.2 Dimensions personnelles et culturelles lié à l'évaluatrice. Les éléments de la dimension personnelle et culturelle font référence aux valeurs et croyances de l'infirmière. Dans cet ordre d'idée, l'étude interprétative de Scheckel et Nelson (2014) effectuée à l'aide d'entrevues propose trois thèmes décrivant l'expérience des étudiantes infirmières (N=12) au sujet des patients suicidaires. Cette étude permet d'identifier certaines dimensions personnelles de l'évaluatrice qui pourraient aussi être présentes chez une infirmière lors du PERS auprès des enfants. En effet, deux des trois thèmes abordés dans l'étude pourraient se transposer à la clientèle pédiatrique soit : 1) les craintes de soigner les patients suicidaires à la suite de la lecture du dossier avant la première rencontre avec le patient, et 2) la complexité d'évaluer le risque suicidaire auprès des patients peu volubiles.

Pour le premier thème, les auteurs mentionnent que toutes les participantes ont rapporté des craintes engendrées par la lecture du dossier préalablement à la rencontre initiale avec le patient et provoquant un manque de confiance en leurs capacités à soigner ces patients. Cependant, après les craintes initiales, certaines participantes ont dit vouloir connaître la perception du patient et être ouvertes à son expérience. Elles ont mentionné que la

documentation au sujet du patient exclut souvent les éléments illustrant son vécu. Par conséquent, une nouvelle perspective est forgée en combinant les informations du dossier du patient et le point de vue de ce dernier, laissant une place pour l'écoute des tendances suicidaires (Scheckel et Nelson, 2014). Il est possible de croire qu'une situation semblable peut se produire lors du PERS auprès d'un enfant lorsque l'infirmière est informée avant la rencontre que l'enfant peut présenter des idées suicidaires

Le deuxième thème décrit la complexité d'évaluer le risque suicidaire auprès de patients moins volubiles. Les étudiantes en sciences infirmières ont plus de facilité à obtenir de l'information sur les tendances suicidaires du patient lorsque celui-ci est plus ouvert et volubile face à ses intentions. De plus, les résultats indiquent que lorsque les patients parlent peu, les étudiantes infirmières sentent que leurs évaluations se limitent à la validation des intentions. Selon Scheckel et Nelson (2014), une explication possible serait que lorsque le patient est moins volubile, l'étudiante ne sait pas quoi dire ou bien a peur de causer du tort. Par ailleurs, les étudiantes infirmières participant à cette étude n'estiment pas nécessaire de faire une évaluation formelle du risque suicidaire avec les patients plus volubiles. Or, lors du PERS auprès de l'enfant, il se peut que ce dernier soit moins volubile entre autres à cause du développement de la communication, donc que la collecte d'information soit plus difficile à effectuer. Dans un tel contexte, les infirmières pourraient, tout comme les participantes de l'étude de Scheckel et Nelson (2014), ne pas approfondir l'évaluation ou encore craigne de causer du tort. C'est pour cette raison que malgré le petit nombre d'étudiantes (N=12), cette étude met néanmoins en évidence des dimensions personnelles spécifiques à l'évaluatrice lors du PERS comme la crainte initiale envers les patients suicidaires ainsi que la difficulté à aborder le sujet avec des patients peu volubiles. Bien que cette étude ait été conduite auprès d'étudiantes infirmières, ces

dimensions personnelles peuvent également affecter l'évaluatrice qui peut être une infirmière novice lors du PERS chez les enfants. D'autres dimensions d'ordre personnel pouvant produire des effets sur le PERS ont été identifiés dans l'étude de Valente (2011) tel que présenté dans le paragraphe suivant.

Ainsi, l'étude de Valente (2011) s'est intéressée à la perception des infirmières en oncologie adulte face à l'évaluation du risque suicidaire. Le phénomène du suicide demeure un sujet délicat auprès de la clientèle oncologique (Reich et Ruszniewski, 2012). Plus précisément, De Becker (2014) stipule que de parler de suicide nous renvoie inévitablement à la notion de mort. Il ajoute que peu importe que ce soit la mort d'un enfant ou d'une personne vivant un cancer, la mort en occident est perçue comme un échec des professionnels de la santé. C'est pour cette raison que bien que l'étude de Valente (2011) ait été menée auprès d'infirmières en oncologie, les dimensions personnelles identifiées dans cette recherche pourraient également être présentes chez les infirmières lors du PERS auprès de l'enfant et contribuer à le décrire et à le comprendre afin de le schématiser. Cette étude de type sondage menée auprès de 454 infirmières en oncologie a permis d'analyser les facteurs psychosociaux (émotions, expériences personnelles, valeurs et jugements) rencontrés chez l'évaluatrice lors du PERS auprès des patients en oncologie (Valente, 2011). Une analyse quantitative des données obtenues à l'aide du *Suicide Attitude Questionnaire* (SAQ) a permis d'identifier les cinq thèmes suivants liés à l'évaluatrice : 1) les barrières à la communication, 2) les jugements et croyances sur le suicide, 3) les deuils non résolus, 4) les émotions et 5) les connaissances insuffisantes. À propos des barrières à la communication, deux éléments sont identifiés. Par exemple, a) la peur de faire une erreur en disant une « mauvaise chose » et b) la croyance que de parler du suicide peut encourager les actes suicidaires ont été abordées. Cette peur et cette croyance engendrent la

même réaction, c'est-à-dire que l'infirmière préfère alors ne rien dire (Valente, 2011). Ce constat correspond à celui mentionné par Scheckel et Nelson (2014) dans leur étude effectuée auprès des étudiantes infirmières lors de l'évaluation de patients à risque suicidaire. Cela s'inscrit dans un ensemble d'actions de l'infirmière (évaluatrice) qui peuvent produire des effets sur le PERS peu importe l'âge de l'évalué. Il est plausible que cela soit d'autant plus vrai lors du PERS chez l'enfant puisqu'il existe pour certaines infirmières une croyance voulant que l'enfant ne peut pas vouloir s'enlever la vie.

Au sujet des jugements et des croyances face au suicide, Valente (2011) exprime que pour certains, le suicide, peut être considéré comme une manière « lâche » (*coward's way out*) de s'en sortir alors que pour d'autres, il s'agit d'un geste inadmissible. Bien que ces résultats aient été obtenus lors du PERS auprès de patients en oncologie, il n'en demeure pas moins que ce type de pensées pourraient aussi se retrouver chez des infirmières œuvrant en santé mentale jeunesse, ce qui influencerait leurs comportements et attitudes face au patient suicidaire et du même coup le PERS. Au sujet des croyances, l'étude (N=631) de Bertz et al. (2013) abordée précédemment, qui explore les connaissances, attitudes et pratiques de l'équipe soignante à l'égard des patients suicidaires, stipule que plus de la moitié des participants ont répondu que la prévention du suicide était possible. Ainsi, il est plausible de croire qu'une telle croyance peut engendrer des effets positifs sur le PERS puisque l'infirmière qui croit que la prévention du suicide est possible va tenter d'évaluer le risque pour le prévenir. De cette façon, les différents types de jugements et de croyances de l'évaluatrice peuvent agir soit positivement ou négativement sur le PERS en général mais également sur celui mené auprès des enfants. C'est pourquoi ces résultats quant aux jugements et aux croyances de l'évaluatrice, quoique liés à une clientèle adulte ou adolescente, sont pertinents pour notre étude puisqu'ils s'ajoutent à la

croissance générale voulant que les enfants ne peuvent pas vouloir s'enlever la vie et au tabou entourant le suicide

Un autre élément lié aux dimensions personnelles et culturelles de l'évaluatrice correspond à ses deuils non résolus et à certaines craintes. Au sujet de ces deuils non résolus, les résultats de recherche de Scheckel et Nelson (2014) indiquent qu'après un suicide dans l'entourage des étudiantes en soins infirmiers, leurs habiletés à évaluer et à soigner ces patients s'en trouvent affectées. Or, cette expérience antérieure des infirmières peut affecter le PERS peu importe l'âge de la personne évaluée. D'autres éléments du processus vécu par les étudiantes infirmières, tels que la peur des représailles par la famille ou bien la peur d'être incapable d'aider, ont également été abordés. En fait, dans un contexte pédiatrique, les parents sont généralement présents lors du PERS et parfois, ils banalisent le comportement de l'enfant (Berthod et al, 2013). Par conséquent, ils pourraient être choqués si l'infirmière évaluait de manière formelle le risque suicidaire, contribuant ainsi à augmenter la crainte de cette dernière. Par conséquent, il est possible de penser que des éléments comme les jugements et les croyances, les deuils non résolus, la peur de représailles des familles et la peur d'être incapable d'aider pourraient agir sur le PERS auprès des moins de 12 ans.

En somme, la recension des écrits a permis de constater que le phénomène du suicide chez les enfants n'est pas fréquent mais bien réel. Les particularités développementales cognitives, affectives, sociales et physiques ainsi que la communication chez les moins de 12 ans doivent être prises en compte lors du PERS. Plus précisément, ces particularités développementales peuvent affecter positivement ou négativement les facteurs de risque ou de protection de l'enfant (l'évalué) lors du PERS. Le PERS est un processus d'évaluation clinique

qui est affecté à la fois par les caractéristiques du jeune (évalué) et de l'infirmière (évaluatrice) ainsi que par le contexte dans lequel il se produit. Peu d'informations sont disponibles sur le PERS vécu spécifiquement auprès des enfants. Toutefois, il existe des outils de dépistage pouvant être utilisés lors de la collecte de données effectuée pendant le PERS chez ces patients. Ainsi, l'étude du PERS de l'adolescent et de l'adulte a permis de comprendre qu'il peut être influencé par des dimensions organisationnelles et professionnelles comme la manière de procéder qui varie d'un milieu à un autre, le manque de ressources qualifiées et de soutien des gestionnaires, ainsi que le manque de formation. Également, les dimensions personnelles et culturelles de l'évaluatrice agissent sur le PERS. Par exemple, sur les plans personnel et professionnel, les peurs et les craintes entourant cette évaluation, comme la peur de ne pas savoir quoi dire au patient, les jugements, attitudes et croyances démontrés par des infirmières ont été notés. D'autres éléments personnels comme les deuils non résolus et la peur des représailles des familles ont également été observés. Ainsi, cette recension des écrits nous a permis d'amorcer une réflexion pour décrire et comprendre et ultérieurement, schématiser le PERS effectué par les infirmières auprès des enfants. Cependant, il est nécessaire de rester sensible à toutes les autres dimensions pouvant émerger lors de la recherche, afin d'avoir une meilleure compréhension de l'ensemble du PERS auprès des moins de 12 ans. Dans la partie suivante, nous présentons le modèle humaniste des soins infirmiers- UdeM qui constitue la toile de fond théorique de la présente étude.

2.4 Perspective disciplinaire : le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM

Dans cette section de la recension des écrits, il est question du modèle humaniste choisi en tant que toile de fond théorique pour cette étude. Tout d'abord, une explication du modèle

est donnée. Par la suite, la perspective du modèle face aux quatre concepts centraux de la discipline infirmière et ses deux concepts-clés sont présentés et illustrés afin de comprendre la cohérence du modèle avec notre étude. Le modèle humaniste avec sa perspective du mieux-être s'harmonise bien avec le PERS. En effet, selon Cara et Girard (2013), le but principal pour les infirmières est de développer une collaboration empreinte d'humanisme et de respect avec la Personne afin de l'accompagner vers l'atteinte d'harmonie et d'un mieux-être en santé. Aussi, nous croyons que le processus d'évaluation du risque suicidaire s'inscrit dans une telle perspective. En fait, pour discuter d'un sujet sensible empreint de tabou avec l'enfant et sa famille (Personne), l'infirmière doit faire preuve d'humanisme afin de favoriser un mieux-être éventuel. La partie suivante traitera de la définition des concepts centraux de la discipline soit la Personne, l'environnement, le soin et la santé selon le modèle humaniste et des deux concepts-clés du modèle que sont la compétence et le *Caring*.

2.4.1 Personne. Selon le modèle humaniste, la Personne⁶ est au cœur de l'intervention infirmière (Cara et al., 2016; Cara et Girard, 2013). La Personne correspond à l'individu, la famille, la communauté, ainsi que la population. Dans cette perspective, la Personne est unique, présente un potentiel et détient un pouvoir d'agir. L'accent est donc mis sur les forces de la Personne. Celle-ci aspire à un mieux-être au niveau spirituel et développemental, et demeure motivée à l'atteindre. Selon le modèle humaniste, l'infirmière est en relation continue avec la Personne qui vit une expérience de santé (Cara et al., 2016). En fait, dans le cadre de ce projet,

⁶Dans notre étude, la Personne signifie dépendamment des circonstances « l'infirmière, l'enfant et la famille ». Par conséquent, nous utilisons le terme « infirmière, enfant ou famille » afin de bien distinguer ce qui appartient seulement à l'infirmière, l'enfant de ce qui implique la famille.

le concept de Personne fait référence à l'enfant et sa famille et comprend des dimensions biologiques, psychologiques, socioculturelles, développementales et spirituelles indissociables qui vont influencer le PERS.

2.4.2 Environnement. L'environnement correspond à tout ce qui entoure la Personne, comme les aspects matériels, sociaux, culturels, spirituels, écologiques et sociopolitiques (Cara et al., 2016). Selon cette vision du modèle humaniste, il est possible de constater que l'environnement et la Personne sont considérés, dans un processus dynamique, comme étant interreliés. Concrètement, lors de la recension des écrits, il a été possible de constater que l'environnement dans lequel l'enfant et sa famille (Personne) évoluent influence le risque suicidaire et l'environnement (lieu, moment, contexte) dans lequel se déroule le PERS va avoir une influence. Cela est vrai pour ce qui est du PERS auprès des adolescents et des adultes et donc potentiellement auprès des enfants. Cette vision humaniste de l'environnement prônée par le modèle est utilisée dans notre recherche.

2.4.3 Soins. Le but ultime du soins, en plus d'assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins, consiste à participer au bien-être de la Personne, tout en préservant la dignité humaine (Cara et al., 2016). Le soins représente donc une approche d'accompagnement de la Personne visant le mieux-être de cette dernière. Par conséquent, cela confère une place spéciale à l'infirmière auprès de l'enfant et sa famille car elle collabore avec eux en misant sur leur potentiel d'agir. Elle agit de manière humaine et transformatrice reconnaissant ainsi la signification accordée par l'enfant et sa famille à l'épisode de santé/maladie. L'infirmière co-crée avec l'enfant et sa famille un environnement permettant l'atteinte du bien-être souhaité par

cette dernière. Autrement dit, dans cette étude, il sera question de regarder comment l’infirmière, en relation avec l’enfant et sa famille, procède à l’évaluation du risque suicidaire et les conséquences de ce processus.

2.4.4 Santé. Selon la perspective du modèle humaniste, l’accent est mis sur une expérience de santé unique. C’est donc dire que l’optimisation continue du bien-être, du mieux-être et de l’harmonie de la Personne constitue le but premier des soins infirmiers. En outre, l’expérience de Santé s’avère unique pour chaque Personne (Cara et al. 2016; Cara et Girard, 2013). L’infirmière accompagne donc la Personne dans son expérience de santé et de bien-être. Dans ce contexte, elle tient compte des caractéristiques propres à chaque enfant et sa famille (l’évalué) lorsqu’elle les accompagne dans leur expérience de santé. Cette conception de la santé et de l’expérience unique de chaque personne peut aussi s’appliquer à un contexte de recherche comme c’est le cas dans la présente étude. Ainsi, en tant que chercheur, c’est la perspective unique de chaque infirmière œuvrant en santé mentale jeunesse qui sera considérée afin de comprendre le processus de l’évaluation du risque suicidaire auprès des enfants de moins de 12 ans.

Maintenant que nous avons décrit les quatre concepts centraux de la discipline à travers la vision du modèle humaniste, la partie suivante abordera la Compétence et le *Caring*, deux concepts-clés de ce modèle.

2.4.5 Compétence. Le concept de Compétence, selon le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM représente l’ensemble du corpus des savoirs tant personnels que professionnels (empiriques, personnels, esthétiques et éthiques) nécessaires afin d’assurer la

sécurité et la qualité des soins à la Personne ainsi que l'engagement de l'infirmière auprès de cette dernière. La Compétence nécessite la mobilisation de différents types de savoirs de la part de l'infirmière, incluant le savoir-faire et le savoir-être (Cara et al., 2016). Ils sont combinés en fonction de l'interprétation que l'infirmière a de la situation vécue par la Personne. Selon Cara et al. (2016), le développement de ces savoirs requiert une pratique réflexive de la part de l'infirmière, c'est-à-dire que l'infirmière procède à une réflexion dans l'action et au sujet de cette même action. Il s'agit d'un processus de développement des savoirs en sciences infirmières qui contribue à l'accroissement de la Compétence. À ce sujet, Norheim et al. (2013) mentionnent que l'expérience (le savoir-faire et le savoir-être) et la formation (le savoir) des infirmières influencent le processus d'évaluation du risque suicidaire. La compétence des infirmières ainsi que les différents savoirs seront à considérer lors de l'évaluation du PERS dans une perspective disciplinaire teintée du modèle humaniste.

2.4.6 Caring. Selon Cara (2010), le *Caring* est fondé sur des valeurs humanistes comme le respect, la dignité humaine, la reconnaissance de l'intégrité et de la liberté de choix de la Personne, ainsi que la confiance en son potentiel. Ces valeurs guident les comportements et la pratique professionnelle des infirmières. Le *Caring* est perçu comme un art en raison de l'obligation morale pour les infirmières d'agir selon une éthique déontologique et à partir de leurs expériences personnelles (Cara et al., 2016). Par ailleurs, puisqu'il provient de la théorie et de différents savoirs, il est aussi considéré comme une science. Autrement dit, un soin empreint de *caring* consiste à l'engagement professionnel conscient de la part des infirmières envers la Personne afin de l'accompagner respectueusement dans sa quête du bien-être. Dans le cadre de notre étude auprès des infirmières en santé mentale, il sera possible d'être témoin de

différents comportements et attitudes, empreints ou non de *caring*, de l'infirmière impliquée dans le PERS auprès des moins de 12 ans.

Ayant défini les concepts centraux et les concepts-clés de Compétence et du *Caring*, voyons maintenant les raisons pour lesquelles nous avons choisi ce modèle comme perspective disciplinaire.

2.5 Cohérence du modèle humaniste comme toile de fond disciplinaire à la présente recherche

Étant infirmière et nous intéressant au processus d'évaluation effectué par des collègues, nous croyons important de choisir un modèle provenant de cette discipline et empreint d'humanisme pour étudier ce processus différent et traitant d'un sujet délicat comme le suicide chez les jeunes de moins de 12 ans. Tout d'abord, il nous apparaît nécessaire d'utiliser ce modèle dans lequel la Personne demeure au cœur de l'intervention infirmière (Cara et Girard, 2013). Les idées ou comportements suicidaires engendrent un appel à l'aide qui nécessite un engagement de l'infirmière envers l'enfant et la famille (De Becker, 2014). Or, nous croyons que cela nécessite une approche humaine et holistique empreinte de respect, d'écoute et d'empathie. Le choix de ce modèle s'est avéré judicieux aussi parce que le PERS nécessite un travail de collaboration avec l'enfant et sa famille. Le choix de ce modèle a également été déterminé par la perspective du concept de santé du modèle humaniste. Il représente le bien-être tel que perçu par la Personne. De plus, la représentation du concept de « soin » qui est décrit comme l'accompagnement d'une Personne de façon humaine et transformatrice, a également incité à choisir cette vision. En fait, l'infirmière impliquée dans le PERS a pour but d'assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille, tout en favorisant le mieux-être de ces derniers. Dans le

contexte du PERS auprès des moins de 12 ans, cet accompagnement nécessite un engagement empreint de *Caring* de la part de l'infirmière. De plus, cet engagement requiert la Compétence (savoirs empiriques, personnels, esthétiques et éthiques, savoir-être et savoir-faire) des infirmières en santé mentale.

En somme, la recension des écrits a permis d'identifier que différentes dimensions font partie du processus vécu par des infirmières auprès des adolescents et des adultes à risque de suicide et pourraient influencer le PERS chez les enfants. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré, à ce jour, ce processus auprès des moins de 12 ans. Malgré que certaines similitudes puissent exister entre le PERS chez les adolescents/adultes et les enfants, il est possible de supposer qu'il sera différent pour diverses raisons, dont les dimensions développementales de l'enfant et la croyance des adultes que les enfants ne peuvent pas vouloir se suicider. Le modèle humaniste, avec son approche systémique axée sur des valeurs humanistes, nous apparaît être le meilleur choix pour la toile de fond de cette étude. La théorisation ancrée permettra de détailler, comprendre et schématiser le PERS effectué par les infirmières chez les moins de 12 ans. Dans le chapitre suivant, il sera question de cette approche méthodologique.

Chapitre 3 : Méthodologie

Le présent chapitre porte sur la méthode de recherche utilisée pour réaliser cette étude au sujet du PERS effectué par les infirmières en santé mentale auprès des moins de 12 ans. Dans un premier temps, le type de devis choisi pour répondre au but de la recherche, soit la théorisation ancrée, sera présenté. Par la suite, le déroulement de la recherche, les critères de scientificité, les limites de l'étude, ainsi que les considérations éthiques, seront abordés.

3.1 Le type d'étude

3.1.1 Une approche qualitative. Rappelons que le but de cette recherche est de décrire, comprendre et schématiser le PERS selon une perspective infirmière en santé mentale auprès des enfants de moins de 12 ans. Pour atteindre ce but, une approche qualitative nous semble des plus pertinentes. Ce type d'approche permet de comprendre les processus humains en profondeur, puisque le chercheur étudie ceux-ci à travers les perspectives des différentes personnes impliquées (Corbin et Strauss, 2015; Gray, Grove et Sutherland, 2017; Grove, Burns et Gray, 2013; Holloway et Galvin, 2017). Cette approche permet donc de mieux saisir la réalité et les particularités non par la mesure ou bien par la causalité, mais plutôt par une meilleure compréhension du processus vécu, particulièrement lorsque celui-ci a été peu exploré (Streubert et Carpenter, 2011). Par ailleurs, l'utilisation d'une telle approche permet au chercheur d'observer, de décrire, d'interpréter, ainsi que d'apprécier un phénomène social complexe tel qu'il se présente, et ce, sans chercher à le contrôler (Pires, 1997). Ces caractéristiques sont essentielles pour atteindre le but de la présente étude. D'ailleurs, Holloway et Galvin (2017) spécifient que pour les professionnels de la santé, ce type de recherche permet de développer une meilleure compréhension des expériences humaines centrée sur le « caring », la communication et les interactions. Streubert et Carpenter (2011) ajoutent que différents types de recherches qualitatives permettent de décrire et de comprendre les

expériences des comportements humains de façon complète et approfondie. Cependant, la théorisation ancrée, parce qu'elle permet l'étude en profondeur des processus sociaux complexes pour lesquels il y a peu de connaissances développées, comme celui du PERS effectué par les infirmières auprès des moins de 12 ans apparaît comme la méthode de choix pour la présente recherche (Creswell, 2013; Poupart et al., 1997; Strauss et Corbin, 1998). Les paragraphes suivants abordent les principaux fondements philosophiques de ce choix.

3.1.2 La théorisation ancrée. La théorisation ancrée est une méthode de recherche s'appuyant sur les idées de deux sociologues, Glaser et Strauss. Elle a été présentée pour la première fois en 1967. C'est une approche empirique et inductive (Bryant et Charmaz, 2012; Strauss et Corbin, 1998). Le but premier de la théorisation ancrée consiste à produire une théorie à partir du vécu des participants. Autrement dit, les concepts et, ultimement, la théorie développée proviennent directement des données recueillies auprès des participants (Corbin et Strauss, 2015; Strauss et Corbin, 1998; Streubert et Carpenter, 2011). C'est donc pour cette raison que la théorie est dite ancrée. Une fois les concepts identifiés, le chercheur produit des liens théoriques entre ceux-ci, permettant ainsi une explication du phénomène à l'étude. La théorisation ancrée permet donc l'étude des processus sociaux complexes et peu investigués. Strauss et Corbin (1998) définissent les processus sociaux comme une série d'actions ou d'interactions qui se déroulent dans le temps et l'espace en réponse au changement de situation ou de contexte social. Par ailleurs, la théorisation ancrée s'avère une approche de recherche de choix en sciences infirmières, car la compréhension de phénomènes complexes, variés et globaux demeure un des buts visés par la recherche dans cette discipline (Holloway et Galvin, 2017; Pepin, Ducharme et Kérouac, 2010; Streubert et Carpenter, 2011). À cet égard, Chenitz et Swanson (1986) ainsi que Holloway et Galvin (2017) ajoutent que la théorisation ancrée propose une approche systématique afin de

comprendre les phénomènes d'intérêt propres aux sciences infirmières. Le paragraphe suivant traite brièvement de l'évolution de cette approche.

Depuis sa création, la théorisation ancrée a évolué entraînant des convergences et divergences d'opinions entre deux des principales visions de la théorisation ancrée que sont la vision classique, inspirée des travaux de Glaser, et la vision straussienne (Bryant et Charmaz, 2012; Corbin et Strauss, 2015; Streubert et Carpenter, 2011). La version classique de Glaser (1978) adopte une épistémologie positiviste, tandis que celle de Strauss et Corbin (1990), à l'origine post-positiviste, se rapproche de plus en plus avec les années d'une épistémologie constructiviste (Charmaz, 2006; Corbin et Strauss, 2015). Selon Kendall (1999), une des divergences de positions serait attribuable, entre autres, au modèle paradigmatique proposé par Strauss et Corbin (1990) servant à guider la codification. Ce modèle permet d'identifier les principales dimensions d'un processus comme ses causes, son contexte, ses conditions structurelles, les actions et interactions impliquées, ainsi que les conséquences engendrées. Or, l'utilisation de ce modèle lors de la codification irait à l'encontre d'un principe de base de la théorisation ancrée dans sa forme classique, soit l'émergence de la théorie ainsi que la manière inductive de faire de la recherche (Kendall, 1999; Luckerhoff et Guillemette, 2012). Ce modèle est également critiqué par certains constructivistes qui le considèrent trop restreignant (Boychuck, Duchscher et Morgan, 2004). Toutefois, ceci est matière à débat. En effet, Strauss et Corbin (1998) mentionnent clairement qu'il s'agit d'un outil servant à guider le chercheur et que ce dernier ne doit jamais oublier que l'analyse doit demeurer un processus créatif et fluide. En effet, Strauss et Corbin (1998), et plus tard Corbin et Strauss (2015) mentionnent que l'objectif de la théorisation ancrée est la construction d'une théorie, ce qui s'inscrit bien dans un courant constructiviste.

Outre ces deux approches associées aux pères fondateurs de la théorisation ancrée, une autre vision constructiviste de la théorisation ancrée a été développée par Charmaz (2000, 2006, 2014). Cette approche diffère en ce sens qu'elle ne sépare pas la découverte des données et le chercheur. Ainsi, elle considère l'importance de la relation entre la réflexion et la recherche; aborde le phénomène à l'étude plutôt que les techniques utilisées pour l'étudier; considère que les données et l'analyse sont des constructions sociales; étudie comment les participants créent le sens et les actions qui en découlent; et cherche à comprendre la perspective du participant en reconnaissant que les analyses s'effectuent à un moment, dans un endroit, ainsi que dans une culture déterminés (Charmaz, 2000, 2006, 2014). Néanmoins, Charmaz, dans la version (2014) mentionne que l'approche interprétative de Strauss et Corbin (1998) démontre des antécédents constructivistes et que cette approche peut être utilisée dans une telle posture de recherche.

En effet, Strauss et Corbin, depuis 1998 et plus particulièrement dans leur plus récent écrit de 2015, reconnaissent qu'il est impossible pour le chercheur d'être complètement objectif à propos du phénomène étudié, et tout comme Charmaz (2000, 2006, 2014), soutiennent que l'ouverture d'esprit demeure nécessaire dans cette méthode de recherche. Ainsi, pour eux, la recension des écrits est considérée comme utile afin de développer la sensibilité du chercheur par rapport au phénomène à l'étude (Strauss et Corbin, 1998; Corbin et Strauss, 2015). Par ailleurs, selon leur approche, les entrevues peuvent être enregistrées (ce qui n'est pas le cas dans la vision classique). Le canevas d'entrevue avec des thèmes peut être utilisé, même si les entrevues non structurées sont privilégiées (Corbin et Strauss, 2015). Dans un contexte académique et pour des chercheurs novices, l'approche de Strauss et Corbin de 1998 est préconisée en raison du modèle paradigmatique qu'elle propose comme outil d'analyse. En effet, ce modèle peut servir de guide lors de la codification des données (Strauss et Corbin, 1998; Woo, 2019). Le modèle

paradigmatique, quoique moins présent dans les écrits de Corbin et Strauss (2015), demeure cohérent avec cette approche et c'est pour cette raison que les deux versions de la théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1998) (le modèle paradigmatique) et Corbin et Strauss (2015) ont inspiré cette recherche. La section suivante traitera des assises philosophiques de la méthode.

3.1.3 Assises philosophiques. Selon Corbin et Strauss (2015) ainsi que Strauss et Corbin (1998), la théorisation ancrée provient de deux courants philosophiques différents, soit : l'interactionnisme symbolique de Blumer (1969) et le pragmatisme de Dewey (1929) et Mead (1934, 1964). Dans les paragraphes suivants, l'interactionnisme et le pragmatisme seront présentés, puis la position adoptée par Strauss et Corbin (1998) sera abordée.

L'interactionnisme symbolique correspond à une approche qui a vu le jour vers 1930 dans le domaine de la sociologie américaine. Selon Blumer (1969), l'interactionnisme symbolique comprend les trois fondements théoriques suivants : 1) les individus agissent à l'égard des « choses » (objets, êtres humains, institutions, etc.) selon le sens que celles-ci ont pour eux. 2) Ce sens provient des interactions des individus avec ces « choses » et 3) il est modifié par le processus d'interprétation utilisé dans le traitement de celles-ci. Autrement dit, les individus construisent leurs actions en fonction de leurs interprétations des « choses », interprétations qui évoluent constamment en fonction des actions posées à l'égard de ces mêmes « choses ». Le pragmatisme, quant à lui, fait référence à la nécessité d'enraciner la théorie dans la réalité. Cette philosophie fait appel à une méthode de recherche inductive, car les observations et les données obtenues auprès des participants par le chercheur servent à construire la théorie.

Plus précisément, pour Strauss et Corbin (1998), les personnes participent à la construction des différentes dimensions de leur vie. Le savoir est issu de l'action et de l'interaction. Les réalités

n'existent pas sans l'action et le contexte dans lequel elles sont produites. Dans cette perspective, Strauss et Corbin (1998) reconnaissent l'influence du chercheur sur le processus de la recherche. La recherche s'avère donc le produit de l'influence réciproque du chercheur et des participants; elle est donc une co-construction.

Maintenant que l'historique et les fondements philosophiques de la théorisation ancrée ont été abordés, la section suivante traitera du déroulement de cette approche pour décrire, comprendre et schématiser le PERS selon une perspective infirmière en santé mentale à l'égard des moins de 12 ans.

3.2 Le déroulement de l'étude

Dans cette section du chapitre, nous décrivons le déroulement de l'étude, la population et l'échantillon, les outils de collecte des données, l'analyse des données, les considérations éthiques, ainsi que les critères de scientificité.

3.2.1 Description de la population et de l'échantillon. Notre population à l'étude comprend toutes les infirmières travaillant dans un contexte de santé mentale (unités de pédopsychiatrie, centres hospitaliers spécialisés en pédopsychiatrie, cliniques externes, centres locaux de services communautaires [CLSC] et centres jeunesse) auprès des moins de 12 ans au Québec. Même si plusieurs d'entre elles travaillent dans ce domaine spécifique, après vérification à l'OIIQ, aucune statistique n'est disponible à ce jour quant au nombre exact d'infirmières œuvrant spécifiquement en santé mentale jeunesse. Par conséquent, il nous a été impossible de connaître exactement le nombre d'infirmières ciblées par la présente recherche. Cependant, il existe un nombre suffisant d'infirmières travaillant dans ce domaine, puisque la santé mentale jeunesse se

retrouve à la fois dans les milieux hospitaliers (généralistes et psychiatriques), les cliniques externes, les centres jeunesse et les CLSC. Notre échantillon visait à intégrer des infirmières provenant de ces différents milieux, de manière à faire ressortir les divers éléments constituant le processus ainsi qu'à identifier leur inter-influence sur le PERS auprès des moins de 12 ans. De plus, il s'est avéré intéressant d'étudier ce phénomène auprès des infirmières en santé mentale jeunesse, car, en raison de leur expérience spécifique, elles étaient plus conscientisées face à ce processus effectué auprès des moins de 12 ans. Maintenant que la population ciblée pour cette recherche a été présentée, il sera question du recrutement des participantes⁷.

3.2.2 Recrutement. Afin de répondre au but de cette étude, le recrutement des participantes a été débuté avec la méthode appelée « boule de neige » ou bien *Network Sampling* (Grove, Burns et Gray, 2013). Cette méthode est souvent utilisée lorsque le recrutement de participants s'avère plus difficile. Dans le cadre de cette étude, il a été ardu d'identifier les personnes travaillant spécifiquement auprès des jeunes de moins de 12 ans. Toutefois, il a été possible d'obtenir auprès de l'OIIQ, une liste des noms et courriels des infirmières travaillant en santé mentale et ayant accepté d'être contactées pour la recherche. Un message d'information au sujet du projet leur a été envoyé par courriel. De plus, nous avons aussi diffusé ce message sur les réseaux sociaux consultés par les infirmières francophones, comme les groupes Facebook intitulés « Infirmière en pédopsychiatrie du Québec » et « *Quebec nurses child and adolescent psychiatry* » (annexes C et D), ainsi que dans les publications des organisations comme l'OIIQ ou l'Association québécoise

⁷ Dans ce qui suit, les termes « participantes » et « infirmières » sont utilisés afin de désigner les participantes de notre étude.

des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM), afin de recruter les participantes à travers le Québec (la lettre d'information pour publication dans ces organismes se trouve en annexe E).

Les infirmières intéressées à participer ont contacté l'étudiante chercheuse, qui leur a expliqué le projet et fait parvenir le formulaire d'information et de consentement de participation à la recherche par courriel afin qu'elles en prennent connaissance. Une rencontre a été fixée environ une semaine plus tard afin de laisser un temps de réflexion suffisant à la personne pour s'assurer d'un réel consentement libre et éclairé à participer. Au moment de la rencontre, avant que l'entrevue débute, 20 minutes environ ont été consacrées aux explications nécessaires avant la signature du formulaire de consentement à la recherche (disponible en annexe F).

Un point important à préciser ici, puisque le recrutement des participantes et l'analyse des données se sont effectués simultanément, est qu'il a été possible, après l'analyse des premières entrevues, d'orienter le recrutement des participantes en fonction des concepts qui ont émergé pour en comprendre toutes les dimensions et les propriétés. Ainsi, en théorisation ancrée, il est question d'un échantillonnage théorique visant la richesse du contenu pour une meilleure compréhension du processus tel que rapporté par les participantes, plutôt que la généralisation des données à la population (Grove et al., 2013, Gray et al. 2017). Autrement dit, Corbin et Strauss (2015) mentionnent que l'objectif du recrutement est la diversité des concepts abordés par les participants et non leur nombre. Le chercheur doit ensuite tendre vers une saturation théorique, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle donnée ne vienne modifier la théorie construite (Laperrière, 1997). À ce sujet, dans notre étude, la saturation des concepts a été atteinte après 11 entrevues. Afin d'obtenir une grande richesse de réponses, une certaine hétérogénéité entre les participantes a été privilégiée. Pour cette raison, nous avons recruté des infirmières provenant de différentes régions administratives ainsi que de divers lieux de pratique. Nous avons aussi choisi ces infirmières de

manière à nous assurer d'une diversité selon le sexe et l'âge ainsi que le nombre d'années d'expérience de travail auprès des enfants et dans la profession. En effet, il est important de recruter des infirmières provenant de milieux de soins différents afin de répondre au but de l'étude, qui est de comprendre le PERS selon une perspective infirmière en santé mentale jeunesse chez les moins de 12 ans. La description complète de l'échantillon sera présentée au début du chapitre des résultats. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont le sujet de la prochaine section du chapitre.

3.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont : être infirmière (homme ou femme) depuis au moins un an en santé mentale (afin d'être capable de nous parler du processus vécu), parler français (afin d'éviter la traduction inexacte des propos des participantes), travailler au Québec (les pratiques n'étant pas les mêmes partout, cela permettra d'assurer une certaine homogénéité permettant aux lecteurs de juger si les résultats peuvent s'appliquer dans leurs milieux) auprès d'enfants de moins de 12 ans n'ayant pas de diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou de déficience intellectuelle (DI). Nous croyons que le PERS chez les enfants présentant un TSA ou une DI constitue un processus différent. En effet, bien qu'il existe peu d'études sur ce sujet, il semble qu'il y ait certains facteurs de risque spécifiques à ces personnes et que l'expression des idées et des comportements suicidaires puissent être différentes, notamment en présence de limitations cognitives (Bardon et al., 2016) donc le PERS effectué auprès de ces enfants ne sera pas considéré dans notre étude. Les critères d'exclusion sont de travailler depuis moins d'un an comme infirmière, œuvrer dans un autre domaine que celui de la santé mentale ou bien à l'extérieur du Québec et que les enfants évalués présentent tous un diagnostic de TSA ou de DI. Dans la section suivante, il sera question des stratégies utilisées pour la collecte de données afin de pouvoir comprendre le PERS effectué par les infirmières.

3.2.4 Outils de collecte des données. En théorisation ancrée, Strauss et Corbin (1998) recommandent d’avoir plusieurs sources de données de manière à démontrer les différents aspects du PERS. Les entrevues semi-structurées, le questionnaire sociodémographique, les formulaires de collecte de données des infirmières ainsi que le journal de bord de l’étudiante chercheuse ont été les outils privilégiés lors de la collecte de données dans le cadre de cette étude.

3.2.4.1 Les entrevues semi-structurées. Une des stratégies de collecte de données utilisée a été l’entrevue semi-structurée. Grove et al. (2013) mentionnent qu’elles permettent aux participants de parler librement sur des thèmes en liens avec le processus à l’étude. Le canevas d’entrevue (en annexe G) a été construit à partir de la recension des écrits en lien avec le PERS effectué auprès de patients adultes, de notre expérience en tant qu’infirmière en pédopsychiatrie, ainsi que des catégories abordées dans le modèle paradigmatique suggéré par Strauss et Corbin (1998). Il comprend des questions ouvertes de type exploratoire permettant aux participants de livrer librement leurs points de vue personnel du phénomène. À ce sujet, Corbin et Strauss (2015) soulignent que le canevas d’entrevue ne doit pas servir à structurer l’entrevue, mais doit plutôt être vu comme un moyen pour la débiter. Toutefois, il peut être utile quand certains participants éprouvent de la difficulté à s’exprimer (Corbin et Strauss, 2015; Genest, 2012; Strauss et Corbin, 1998). Durant les entrevues que nous avons réalisées, les participantes étaient invitées à aborder différents thèmes librement. Des questions de clarifications se sont ajoutées au cours des entrevues à partir des concepts qui pouvaient émerger lors de l’analyse qui se faisait en simultanée.

Avant de débiter notre étude, nous avons procédé à une pratique d’entrevue auprès d’une personne volontaire. McGrath, Palmgren et Lijedahl (2018) suggèrent aux chercheurs novices de faire ce genre d’entrevue avant de débiter leur recherche. Ils stipulent que cela permet de développer des habiletés, d’explorer le langage, de préciser des questions ainsi que de découvrir ce

qu'est l'écoute active. Dans le cadre de cette étude, les entrevues étaient d'une durée variant entre 45 et 60 minutes. Selon Laforest et INSPQ (2009), une entrevue ne devrait pas excéder une heure afin d'assurer que l'intervieweur et le participant ne perdent pas leur concentration. Par ailleurs, l'étudiante chercheuse n'a pas jugé utile de faire une deuxième entrevue, mais a effectué une rencontre téléphonique de 10 à 15 minutes auprès de deux participantes afin de bien comprendre certaines informations. Ces conversations n'ont pas été enregistrées, toutefois des notes ont été inscrites dans le journal de bord de l'étudiante.

Les participantes ont toujours eu la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps. Les entrevues ont eu lieu dans un endroit choisi par l'infirmière, la plupart du temps au bureau ou au domicile de cette dernière. Les entrevues ont été enregistrées, avec la permission des participantes, et retranscrites afin d'en faciliter l'analyse. La section suivante aborde une autre stratégie de collecte de données qui a été utilisée, le questionnaire sociodémographique.

3.2.4.2 Le questionnaire sociodémographique. Afin de décrire l'échantillon des infirmières rencontrées, un questionnaire sociodémographique (en annexe H) a été administré à chacune des participantes lors de l'entrevue. Ce questionnaire comprenait les éléments suivants : âge, années d'expérience en carrière et en pédopsychiatrie, niveau de scolarité, milieu de pratique, clientèle desservie et la participation ou non à une formation spécifique pour l'évaluation du risque suicidaire. Aucune question n'a été posée sur la provenance culturelle, mais l'ensemble des participantes étaient caucasiennes. Ce questionnaire nous a permis aussi d'assurer une certaine diversité entre les infirmières recrutées, de manière à comprendre le processus en profondeur.

3.2.4.3 Documents de travail des participantes : Le formulaire de collecte de données. La lecture de ces documents étaient utiles car cela nous a permis, entre autres, de comprendre certaines informations obtenues lors des rencontres avec l'enfant et ses parents. Par exemple, les infirmières disaient vouloir un outil pour les aider lors du PERS. Or, deux participantes en avaient un qu'elles ont accepté de partager avec nous. Ce formulaire était en fait un inventaire de questions sur les facteurs de risque et de protection à considérer chez les enfants. Autrement dit, il s'agissait un peu d'un aide-mémoire, afin de savoir ce qu'il faut vérifier avant de statuer sur un niveau de risque. Les participantes étaient libres de partager ces documents et ont été informées qu'ils ne seraient pas inclus dans cette thèse, car elles n'avaient pas obtenu la permission de leur supérieur immédiat avant de les partager.

3.2.4.4 Journal de bord de l'étudiante chercheuse. Ce journal de bord fait également partie des outils de collecte des données que nous avons utilisés. Dans une étude qualitative comme celle-ci, il permet, entre autres, de différencier ses croyances personnelles (subjectivité) des données provenant de l'étude, ainsi que de consigner des hypothèses préliminaires (Streubert et Carpenter, 2011). Il s'agit également d'un compte-rendu des impressions post-entrevues de la chercheuse. À ce sujet, Corbin et Strauss (2015) précisent que durant la collecte de données, le chercheur peut noter ses réactions à ce qui est dit ou fait. Grove et al. (2013) ajoutent qu'il est préférable d'inscrire les informations immédiatement après les avoir obtenues et, ainsi, en assurer l'exactitude.

Pour résumer, différents outils de collecte de données ont été utilisés, soit les entrevues semi-structurées, le questionnaire sociodémographique, le formulaire de collecte de données de l'infirmière et le journal de bord. La prochaine partie traitera maintenant de l'analyse des données.

3.2.5 Analyse des données. Dans cette section, il est question de la méthode d'analyse des données en théorisation ancrée selon Strauss et Corbin (1998). Tout d'abord, il est important de mentionner que l'analyse des données en théorisation ancrée n'est pas totalement dissociable de la collecte de données. Il s'agit d'un processus itératif entre les deux (Bryant et Charmaz, 2012; Holloway et Galvin, 2017). Autrement dit, il y a des allers-retours entre le recrutement des participantes, la collecte et l'analyse des données tout au long de la recherche. Plus précisément, les résultats obtenus ont permis de peaufiner le canevas d'entrevue durant la collecte. Ainsi, la découverte de nouveaux concepts a orienté la construction de notre échantillon théorique, ce qui a permis de bien distinguer les propriétés et les dimensions de ces données. À cet égard, Corbin et Strauss (2015) précisent que l'analyse permet d'ajuster les questions et les instruments de la collecte afin de favoriser l'émergence et le développement des concepts et de la théorie.

Les données recueillies lors des entrevues ont donc été retranscrites et soumises à une analyse selon la triple codification propre à la théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1998). La triple codification s'est faite selon un processus cyclique et avait pour but de conceptualiser des catégories pertinentes, leurs propriétés et leurs dimensions afin de répondre au but de l'étude (Paillé, 1994; Strauss et Corbin, 1998). Un schéma de ce processus est présenté à l'annexe I. Par ailleurs, il est important de préciser qu'en théorisation ancrée, l'unité de base de l'analyse est le concept et que ceux ayant un sens semblable sont regroupés en catégories conceptuelles. C'est donc au fil des entrevues qu'émergent les faits ou les incidents permettant de construire les concepts servant à bâtir la théorie (Laperrière, 1997). Ainsi, tout au long de l'analyse, le chercheur compare les données notées avec chaque nouvelle donnée qu'il découvre (Streubert et Carpenter, 2011). Autrement dit, il y a une comparaison constante entre les données. De plus, pour faciliter cette comparaison, nous avons utilisé le logiciel QDA-miner, résumé et schématisé chaque

entrevue à l'aide du modèle paradigmatique qui sera abordé plus loin. Une démonstration de la comparaison entre l'entrevue 1, 2 et 3 est disponible à l'annexe J.

Également, tout au long du processus d'analyse et de collecte de données, Corbin et Strauss (2015) de même que Strauss et Corbin (1998) proposent l'utilisation de mémos théoriques servant à garder une trace de la réflexivité du chercheur. Les schémas sont également recommandés, car ils permettent d'illustrer la conceptualisation effectuée par le chercheur. En fait, c'est à travers ces mémos et ces réflexions qu'il a été possible de constater que le PERS se déroulait en deux phases inter reliés et qu'il y avait une intensité émotionnelle pour l'infirmière. Les paragraphes suivants traitent des trois types de codification (ouverte, axiale et sélective) utilisés pour l'analyse des données.

3.2.5.1 Codification ouverte. Corbin et Strauss (2015) ainsi que Strauss et Corbin (1998) parlent de codification ouverte permettant de faire émerger le plus grand nombre de concepts. Concrètement, la codification ouverte est le plus bas niveau de conceptualisation. Il consiste à dégager, nommer et thématiser chaque ligne des *verbatim* provenant des transcriptions d'entrevue afin d'en faire émerger les concepts (Corbin et Strauss, 2015; Paillé, 1994; Strauss et Corbin, 1998). C'est à ce moment que débute la conceptualisation puisque le chercheur tente alors de regrouper des éléments similaires sous un même concept. Afin de s'assurer que la théorie soit bien ancrée, l'appellation des concepts provient du contexte de l'entrevue ou des *verbatim* retranscrits (Strauss et Corbin, 1998). Après l'analyse de notre première entrevue, nous avons une liste de 55 concepts (annexe K). Le but à cette étape est de regrouper des éléments similaires sous un même concept. C'est donc dire que les concepts qui partagent les mêmes propriétés sont regroupés ensemble (Corbin et Strauss, 2015). Par exemple, une infirmière mentionne : « *je suis inséure, moi j'ai*

*toujours une espèce de chose qui me reste derrière la tête... » (Inf. 1, p.8), nous avons choisi de retenir l'insécurité et de nommer ce concept : *caractéristiques de l'infirmière*.*

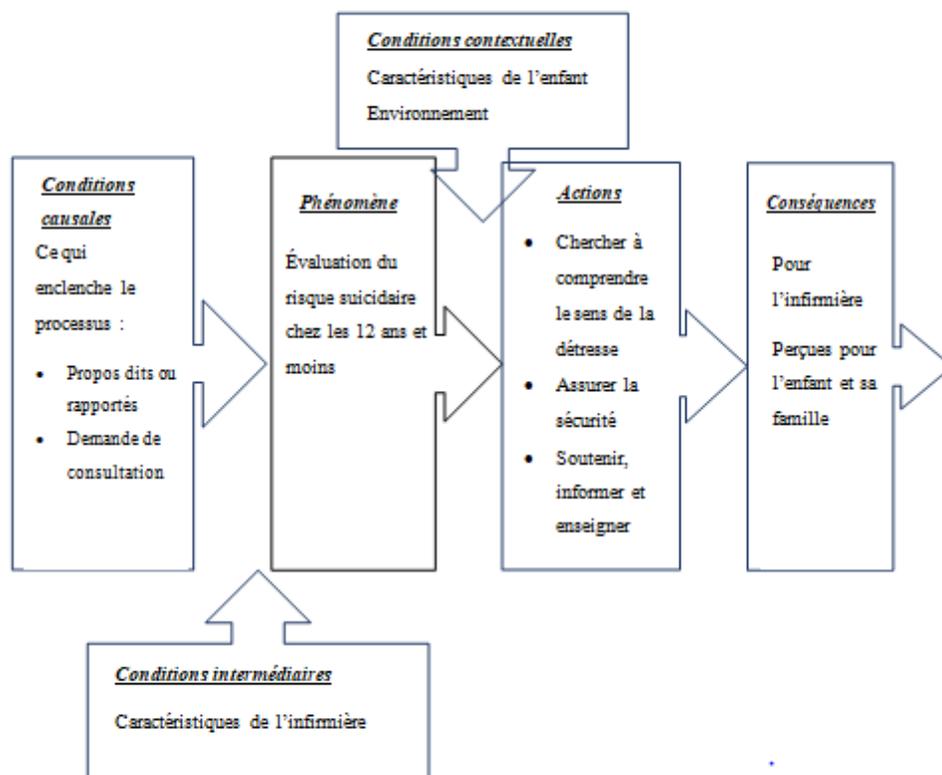
Il s'agit d'une étape importante car le chercheur doit, avec sa sensibilité théorique, différencier ce qui est significatif de ce qui l'est moins et puis en comprendre le sens (Holloway et Galvin, 2017). Toutefois, Strauss et Corbin (1998), qui utilisent seulement le terme « sensibilité » pour désigner cette sensibilité théorique, mentionnent que celle-ci augmente progressivement à travers les interactions avec les données et que des nouvelles idées et questions peuvent émerger. C'est pourquoi, ces concepts sont provisoires en début d'analyse des données.

3.2.5.2 Codification axiale. Le niveau de conceptualisation s'élève avec la codification axiale. À ce moment, le chercheur relie les concepts ensemble selon leurs propriétés et dimensions (Strauss et Corbin, 1998), afin d'obtenir une catégorie conceptuelle. Avec l'utilisation du modèle paradigmatique, l'étudiante chercheuse a regroupé les concepts de façon à identifier ce qui compose le phénomène ainsi que les conditions, les conséquences et les interactions qui l'entourent, permettant une compréhension de l'ensemble du processus. À l'égard du phénomène, la réponse à la question : « qu'est-ce qui se produit » permet d'identifier à quoi correspond le phénomène. Dans le cadre de notre étude il s'agit du PERS chez les moins de 12 ans. Les conditions sont l'ensemble des événements qui mènent au phénomène et qui expliquent pourquoi les individus agissent ou réagissent comme ils le font.

Plus précisément, les conditions peuvent être causales, intermédiaires et/ou contextuelles. Les conditions causales sont celles qui enclenchent et influencent le phénomène tandis que les conditions intermédiaires sont celles qui agissent entre les conditions causales et le phénomène. Autrement dit, les conditions intermédiaires vont influencer la façon dont les conditions causales

vont agir sur le phénomène. Les conditions contextuelles pour leur part agissent entre le phénomène et les actions/interactions. Il s'agit généralement du contexte dans lequel le phénomène survient et qui influence la réponse de l'individu. Les actions/interactions représentent les stratégies et les actions utilisées par la Personne afin de faire face au phénomène. Finalement, les conséquences peuvent être prévisibles ou non. Soulignons que ce modèle a servi de guide pour la chercheuse novice, tel que conseillé par Strauss et Corbin (1998). Toutefois, nous sommes restée sensible aux relations établies entre les données afin de permettre la meilleure explication possible du phénomène à l'étude. Ainsi, l'utilisation de ce modèle paradigmatique a permis, ici, de circonscrire les composantes du PERS selon une perspective infirmières en santé mentale auprès des moins de 12 ans, représenté par la Figure 3.1. Également, il est important de rappeler que bien que ces étapes de codification soient présentées séparément, il n'en demeure pas moins que ce processus est cyclique et itératif (Strauss et Corbin, 1998).

Figure 3.1 : Diagramme préliminaire des catégories



3.2.5.3 Codification sélective. La codification sélective correspond au plus haut niveau de conceptualisation (Strauss et Corbin, 1998; Bryant et Charmaz, 2012). Il implique l'intégration des concepts afin de décrire, comprendre et schématiser le PERS. Les codes obtenus, en évolution constante lorsque comparés avec les données nouvelles, permettent l'émergence d'une catégorie centrale et le développement d'une théorie (Corbin et Strauss, 2015). Dans notre étude, l'intensité émotionnelle importante teintant ce PERS auprès des moins de 12 ans est apparue comme la catégorie centrale. Par la suite, deux sous-catégories d'action de l'infirmière ont émergé et ont servi à établir les phases du processus. Autrement dit, l'intensité émotionnelle importante présente tout au long du PERS chez les moins de 12 ans produit des effets sur les actions à entreprendre durant

l'évaluation qui est constituée de deux phases, soit 1) comprendre le sens de la détresse et 2) assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille.

La théorisation ancrée a permis la compréhension du processus vécu à travers la transcription et la codification ouverte, axiale, puis sélective des données provenant des entrevues, du questionnaire sociodémographique, des formulaires de collecte de données des infirmières ainsi que du journal de bord de l'étudiante chercheuse. Maintenant que nous avons décrit le processus d'analyse comprenant la triple codification, les critères de scientificité retenus pour cette étude seront décrits dans les paragraphes suivants.

3.3 Critères de scientificité de cette étude

Les critères de scientificité dans le cadre d'une étude qualitative sont différents de ceux établis pour la recherche quantitative. Streubert et Carpenter (2011) mentionnent qu'il existe un débat au sujet de la rigueur et de la qualité des études qualitatives. Ils adoptent une position conservatrice, tout comme Guba et Lincoln (1989). Or, ces derniers proposent les critères de rigueur suivants : la crédibilité, l'authenticité, l'intégrité, la transférabilité et la fiabilité.

3.3.1 La crédibilité. Ce critère de scientificité s'avère un des plus importants en recherche qualitative (Guba et Lincoln, 1989; Holloway et Gavin, 2017; Streubert et Carpenter, 2011). La crédibilité correspond au fait que les données obtenues décrivent vraiment le PERS et qu'elles proviennent réellement des participantes. Ce critère fait référence aux interprétations et aux représentations provenant de la recherche.

La crédibilité de notre recherche a été assurée de trois manières. Premièrement, les *verbatim* des participantes ont été utilisés afin de démontrer que les résultats proviennent de leur vécu. Par

ailleurs, différentes présentations des résultats préliminaires ont été faites auprès des infirmières œuvrant dans le domaine de la santé mentale jeunesse. Les commentaires émis à la suite de ces présentations ont également servi à assurer la crédibilité de notre étude. Deuxièmement, les deux directrices ont examiné les interprétations ainsi que les représentations et ont établi un consensus avec l'étudiante chercheuse. Finalement, les données provenant du questionnaire sociodémographique ont servi à décrire les participantes de l'échantillon, ce qui permet de témoigner d'où proviennent les données.

3.3.2 L'authenticité. L'authenticité fait référence au respect de la méthode de recherche servant à assurer que les données sont analysées et interprétées adéquatement (Guba et Lincoln, 1989; Whittemore, Chase et Mandle, 2001). Dans cette recherche, l'authenticité a été respectée en procédant à un processus rigoureux de codification ouverte, axiale et sélective, tout en ciblant la saturation théorique des catégories d'analyse telle que décrite par Strauss et Corbin (1998). La direction par une chercheuse experte en théorisation ancrée a également été un aspect essentiel pour assurer l'authenticité de cette recherche. Nous avons atteint la saturation des données, c'est-à-dire la redondance des concepts. Par ailleurs, pour assurer l'authenticité des résultats, il demeure important pour l'étudiante chercheuse d'être consciente de son rôle dans la recherche ainsi que de l'impact qu'elle engendre et d'en faire mention dans son rapport (Guba et Lincoln, 1989; Whittemore et al., 2001). Or, l'étudiante chercheuse étant elle-même infirmière spécialisée en santé mentale jeunesse, elle a porté une attention particulière afin de bien départager les éléments provenant des participantes de sa propre expérience professionnelle. Toutefois, ce sujet sera discuté un peu plus loin quand il sera question des limites et des forces de l'étude.

3.3.3 L'intégrité. L'intégrité fait référence à l'analyse des données qui est subjective et au fait que le chercheur, tout au long de la recherche, demeure préoccupé par la validation de ses interprétations (Guba et Lincoln, 1989; Whitemore et al., 2001). L'intégrité a donc été assurée par les allers-retours entre la collecte des données obtenues auprès des infirmières en santé mentale jeunesse, l'analyse et les interprétations suggérées. Ces dernières ont donc été élaborées à partir des données (*verbatim*) issues de la recherche. De plus, ce critère d'intégrité a été garanti par les discussions qui ont eu lieu avec les directrices tout au long de la recherche.

3.3.4 La transférabilité. La transférabilité réfère à la probabilité que les résultats aient des significations semblables dans des contextes similaires (Guba et Lincoln, 1989; Streubert et Carpentier, 2011). La transférabilité des résultats d'une étude ne peut être déterminée par le chercheur, mais bien par les lecteurs et les futurs utilisateurs de la recherche (Guba et Lincoln, 1989; Streubert et Carpenter, 2011). Or, il incombe au chercheur d'avoir suffisamment de données descriptives dans le rapport de recherche pour que le lecteur soit en mesure de déterminer si les résultats s'appliquent dans d'autres contextes (Guba et Lincoln, 1989; Holloway et Galvin, 2017). Dans notre étude, le questionnaire sociodémographique et les données provenant des entrevues permettent de faire un portrait détaillé de l'échantillon. Il y a une présentation des caractéristiques des participantes, ce qui permet aux lecteurs de déterminer si les résultats sont transférables à leur milieu de pratique. La présentation de l'échantillon à l'aide d'un tableau se trouve au début du prochain chapitre.

3.3.5 La fiabilité. La fiabilité correspond à un autre critère utilisé pour témoigner du critère scientifique d'une étude qualitative (Guba et Lincoln, 1989; Holloway et Galvin, 2017). Il s'agit de démontrer si les procédures ont été bien suivies et si le processus de recherche s'est déroulé tel

que prévu. Streubert et Carpenter (2011, p. 49) suggèrent de se demander : « *How dependable are the findings?* ».

Dans notre étude, la fiabilité a été assurée par le journal de bord de l'étudiante chercheuse, dans lequel se retrouvent les mémos théoriques faisant état de la réflexivité de l'étudiante chercheuse, par la transcription des données, de même que par la stratégie détaillée de la méthode d'échantillonnage présentée précédemment. De plus, les échanges fréquents entre l'étudiante chercheuse et ses directrices ont permis d'assurer le respect des procédures et du processus prévu, tout comme les discussions sur la validité des résultats.

En résumé, pour cette recherche nous avons choisi les critères de scientificité suggérés par Guba et Lincoln (1989), soit : la crédibilité, l'authenticité, l'intégrité, la transférabilité et la fiabilité. Dans la section suivante, il sera question des critères éthiques considérés dans notre recherche.

3.4 Critères éthiques

Ce projet de recherche effectué dans le cadre d'un programme d'études doctorales de l'Université de Montréal devait respecter certains principes éthiques comme l'obtention d'un consentement éclairé des participantes ainsi que l'assurance de la confidentialité des données (Streubert et Carpenter, 2011). Ces principes sont d'autant plus importants à respecter lorsqu'il s'agit d'une recherche effectuée auprès de personnes, comme dans le cas présent. Tout d'abord, l'étude a été acceptée par le Comité d'éthique de la recherche en santé [CERES] (Annexe L). Ensuite, le formulaire de consentement a été transmis par courriel avant la rencontre ou présenté et expliqué aux participantes avant le début des entrevues, de manière à nous assurer qu'elles comprennent ce à quoi elles consentent (voir Annexe F). La confidentialité a été garantie en tout temps par l'entreposage des données dans un lieu sécuritaire sur un disque externe gardé sous clé. À cet égard, l'Université de Montréal oblige de conserver les données sept ans après l'étude dans

un fichier informatique dans le bureau verrouillé d'une des directrices. La consultation de ces données a été effectuée seulement par l'étudiante chercheuse et ses directrices, mais les données pouvaient être accessibles à un représentant du CERES au besoin. De plus, l'anonymat des infirmières a été assuré en les identifiant par la mention de *Inf.* suivi d'un numéro, tel que proposé par Corbin et Strauss (2015). Par ailleurs, les participantes ont été informées qu'elles avaient la possibilité de se retirer en tout temps de l'étude. Finalement, nous étions consciente que de parler du suicide et de l'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants pouvait susciter des émotions difficiles, c'est pourquoi de l'information sur des ressources comme le programme d'aide aux employés (PAE) et Tel-Aide a été remise à chacune des participantes à la fin de l'entrevue.

Chapitre 4 : Résultats

Pour débiter ce chapitre de résultats, l'échantillon des participantes obtenu à la suite de la saturation des données est présenté et expliqué. Par la suite, la modélisation du processus d'évaluation est globalement décrite. Enfin, chacun des thèmes du modèle est repris et exploré de façon plus approfondie afin de répondre au but de l'étude qui est de décrire, comprendre et schématiser le processus d'évaluation infirmière du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans en santé mentale. Le tout est appuyé par le verbatim issu des entrevues avec les participants afin de bien ancrer les résultats dans la réalité des infirmières rencontrées.

4.1 Présentation de l'échantillon de participantes obtenu

11 infirmières, soit deux hommes et neuf femmes, ont participé à l'étude. Leur âge varie entre 23 et 58 ans et elles proviennent de différentes régions administratives du Québec telles que la Capitale-Nationale, les Laurentides, l'Estrie, ainsi que Montréal. Le nombre d'années d'expérience de travail en soins infirmiers se situe entre quatre et 28 ans, alors que leur niveau de scolarité s'étend du collégial au deuxième cycle universitaire (maîtrise).

Tableau 4.1. Profil des infirmières à l'étude (n=11)

Caractéristiques		N (total)
Sexe	H	2
	F	9
Âge (années)	20 à 29	2
	30 à 39	3
	40 à 49	2
	50 et plus	4

Caractéristiques		N (total)
Provenance au Québec (région administrative)	Estrie	2
	Montréal	3
	Capitale-Nationale	3
	Laurentides	1
	Outaouais	2
Expérience en soins infirmiers (années)	1 à 5	1
	6 à 10	2
	11 à 15	3
	16 et plus	5
Expérience en santé mentale jeunesse (années)	1 à 5	3
	6 à 10	3
	11 à 15	0
	16 et plus	5
Type de milieux de soins	Première ligne (guichet d'accès en santé mentale, CLSC)	5
	Soins spécialisés (centre hospitalier, centre jeunesse et cliniques externes)	6
	DEC ⁸ -BAC ⁹	5

⁸ DEC= Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers

⁹ BAC= Baccalauréat, dans ce cas-ci, il s'agit soit d'un bac de perfectionnement ou d'un bac initial

Caractéristiques		N (total)
Formation suivie en soins infirmiers	BAC	4
	Maîtrise ¹⁰	2
Formation spécifique en prévention du suicide reçue	Oui	9
	Non	2

L'expérience spécifique des infirmières en santé mentale jeunesse varie entre un et 28 ans dans différents contextes de soins : première ligne (5/11) (guichet d'accès en santé mentale et CLSC) ou soins spécialisés (6/11) (centre hospitalier spécialisé, clinique externe spécialisée et centre jeunesse). Deux infirmières travaillent en soins hospitaliers/hébergement (unité de soins et centre jeunesse), tandis que les autres œuvrent dans des contextes de soins ambulatoires (guichet, CLSC, cliniques externes). La majorité d'entre elles (9/11) mentionnent avoir suivi une formation spécifique sur l'évaluation du risque suicidaire de patients adultes, mais aucune ne s'adressant spécifiquement aux enfants. Ces formations varient en temps et en contenu. Certaines infirmières avaient précisé avoir suivi soit une formation accréditée de 24 heures ou une formation brève de quelques heures. À la lumière de cette description, il est possible d'affirmer qu'il s'agit d'un échantillon assez hétérogène d'infirmières travaillant en contexte de santé mentale auprès des enfants.

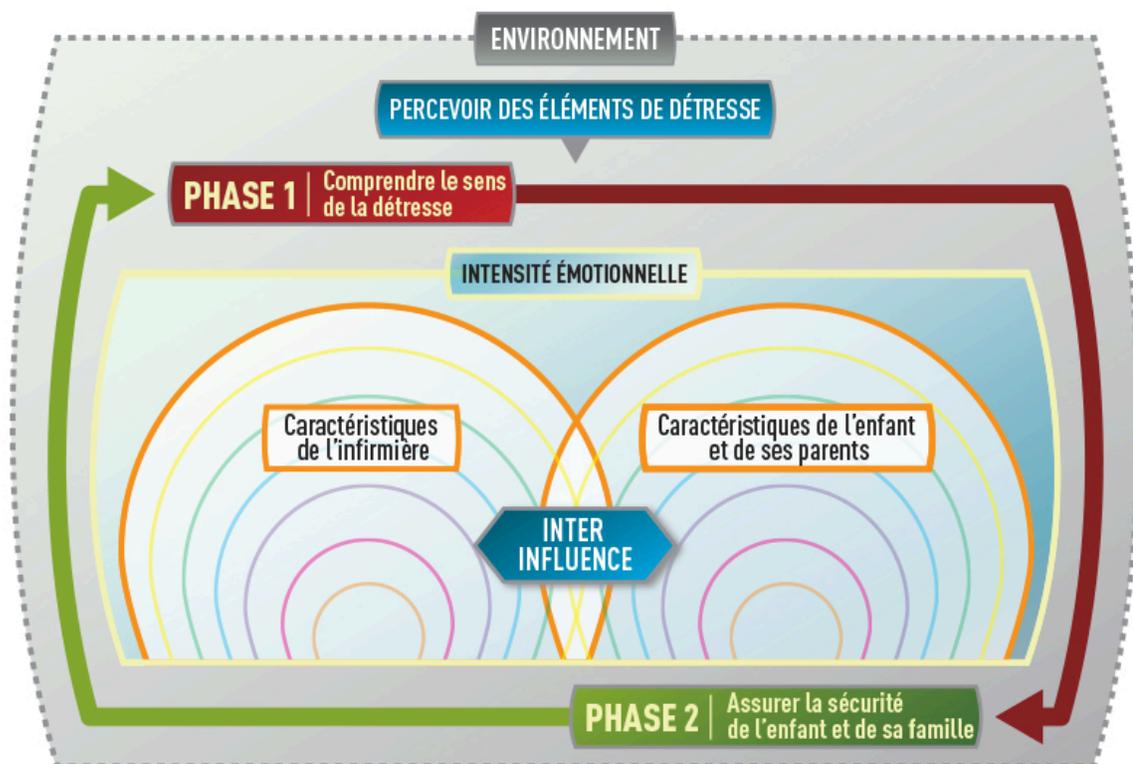
4.2 Présentation de la modélisation du PERS auprès des moins de 12 ans

L'analyse des données a permis de faire ressortir ce que les infirmières perçoivent comme étant le processus d'évaluation du risque suicidaire chez les moins de 12 ans (PERS). Ainsi, la

¹⁰ Maitrise : Diplôme de deuxième cycle universitaire. Dans le présent contexte, la maîtrise pour une infirmière n'était pas en sciences infirmières.

partie suivante du chapitre aborde brièvement le PERS en général, puis l'environnement dans lequel il se déroule comme représenté à la figure 4.1. Par la suite, ses deux phases sont détaillées et appuyées par des *verbatim* démontrant ainsi comment elles sont perçues par les infirmières.

Figure 4.1 : illustration du PERS selon une perspective infirmière en santé mentale jeunesse auprès des moins de 12 ans.



Voici la représentation globale du schéma du PERS. Les infirmières (évaluatrices) travaillent dans un environnement et un contexte où l'intensité émotionnelle est prédominante. Ce processus se déroule selon deux phases. Ainsi, dans un premier temps, l'infirmière tente de comprendre le sens de la détresse du jeune afin de déterminer un niveau de risque (léger, modéré ou élevé) pour ensuite assurer sa sécurité et celle de sa famille. Le déroulement de ces phases est

influencé par les caractéristiques de l'infirmière et celles des enfants et se réalise dans un environnement donné. Les résultats seront présentés en fonction des différents éléments du processus. Dans la section suivante du chapitre, l'environnement dans lequel se déroule ce processus est présenté.

4.3 L'environnement

Dans le cadre de cette étude, nous avons constaté que l'environnement agit sur l'ensemble du PERS. Plus précisément, l'organisation des soins et de services comprenant la fonction occupée par l'infirmière selon les différents contextes de soins, l'acuité des soins, les ressources humaines disponibles ainsi que la collaboration interprofessionnelle ont une influence sur chacune des phases du PERS auprès des moins de 12 ans.

4.3.1 L'organisation des soins et des services. L'organisation des soins et des services oriente la fonction spécifique de l'infirmière, comme par exemple dans un CLSC où l'infirmière a pour rôle d'effectuer le suivi pharmacologique auprès des enfants. Or, la fonction occupée par l'infirmière peut moduler l'implication de celle-ci dans le PERS. Dans le cadre de cette étude, nous avons rencontré des infirmières travaillant en première, deuxième et troisième ligne, en soins ambulatoires ou hospitaliers, dans des équipes de travail composées de différents professionnels. Selon l'organisation des soins qui prévaut dans leur milieu, les infirmières sont amenées à procéder ou non à l'évaluation du risque suicidaire des enfants. À cet effet, une infirmière œuvrant dans un guichet en santé mentale jeunesse d'un CLSC mentionne : « *nous ici [au guichet d'accès] [...] on avait une façon particulière de travailler, s'il y avait un risque imminent c'est un intervenant scolaire ou de l'accueil social qui a vu l'enfant et il est dirigé directement à l'urgence... donc moi, je ne rencontre pas beaucoup d'enfant à risque de suicide* » (Inf. 5, p. 2). Dans un tel contexte de

soins, l'infirmière n'est pas amenée à rencontrer des enfants présentant un risque suicidaire puisque ceux-ci sont plutôt vus par d'autres intervenants et référés aux services d'urgence.

De plus, l'organisation des soins influence également la manière de procéder au PERS. Ainsi, dans certains milieux ou certains contextes de soins, les infirmières procèdent à la collecte de données et ont des contacts avec les enfants et leurs parents principalement par téléphone. C'est le cas par exemple des infirmières qui travaillent dans les guichets d'accès. Une telle façon de faire le PERS par téléphone semble insécurisante pour une participante, qui n'a pu voir l'enfant : « ...*tu as les parents, mais tu ne vois pas physiquement l'enfant. Moi, je trouve ça dur de dire O.K. je suis sécurisée avec ça parce que tu n'as pas encore vu le patient, t'as pas encore vu l'enfant... alors tu n'as pas pu l'évaluer comme tu aurais dû.* » (Inf. 4, p. 7). Par ailleurs, certaines infirmières qui travaillent en soutien à d'autres intervenants, comme c'est le cas par exemple dans les centres jeunesse, vivent sensiblement la même chose, c'est-à-dire qu'elles ne voient pas l'enfant et doivent se fier aux informations rapportées par une autre personne comme l'éducateur ou le professeur de l'école par exemple, ce qui rend leur évaluation plus complexe. À ce sujet, une participante mentionne : « *c'est un peu paniquant parfois de travailler avec des risques suicidaires chez les enfants de cet âge-là... parce que moi, je n'ai pas de contact direct avec les enfants. Je suis là en support aux équipes de travail [...] pour des questions de santé mentale et du suicide* » (Inf. 6, p. 1). Cette difficulté de faire l'évaluation sans être en contact direct avec l'enfant rejoint ce que rapporte cette autre infirmière : « *Je trouve ça compliqué c'est vrai quand t'as pas le patient là devant toi* » (Inf. 2, p. 2). Le fait de ne pas voir l'enfant peut alors créer de l'insécurité chez l'infirmière et compliquer à la fois la compréhension du sens de la détresse et le fait d'assurer la sécurité.

À l'égard de l'organisation des soins et des services, il est important de rappeler que les infirmières qui ont participé à la recherche travaillent dans des milieux ambulatoires et hospitaliers, ce qui fait en sorte que l'acuité des soins peut varier. Une infirmière du milieu hospitalier rapporte que les situations d'enfants rencontrés en deuxième ligne sont différentes de celles rencontrées en première ligne : « *la première ligne s'occupe bien des gens qui sont dépressifs [...] quand ils nous arrivent en (deuxième ligne) c'est du chronique qui ne lâche pas puis des tentatives à répétitions* » (Inf. 1, p. 14). Dans cette situation, le processus d'évaluation peut être différent lorsque les situations sont répétitives et chroniques, c'est-à-dire qu'il peut être plus ardu de comprendre le sens de la détresse et que souvent les moyens pour assurer la sécurité de l'enfant ne peut pas reposer seulement sur les parents. À cet effet, une participante mentionne « *quand je sais que le jeune est à risque élevé car c'est pas sa première fois et que le parent ne reconnaît pas la gravité [...] je vais faire un signalement à la DPJ* » (Inf. 7, notes du chercheur). Par conséquent, pour assurer la sécurité de toute la famille, l'infirmière peut envisager un signalement à la DPJ pour protéger physiquement le jeune et soutenir les parents.

Un autre élément de l'environnement qui va influencer le déroulement du PERS est la disponibilité des ressources humaines dans l'organisation des soins et des services. Une infirmière en services ambulatoires affirme à ce sujet : « *on avait une jeune de 12 ans qui avait verbalisé des propos suicidaires, je n'avais pas de médecin pour la voir car c'est un vendredi 17 heures [...] la mère ne m'a pas crue du tout alors j'ai appelé la DPJ.* » (Inf. 7, p. 11). Dans cette situation, l'infirmière travaillant en première ligne et qui n'a pas accès à un médecin ou à d'autres professionnels pour discuter avec ceux-ci des différents moyens pour assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille a dû faire appel à des ressources externes. Pour une autre, le manque de ressources humaines et l'état de l'enfant entraîne une orientation vers le service d'urgence : « *j'ai pas de*

médecin, j'ai zéro médecin, je suis obligée d'inscrire au GACO [guichet d'accès pour la clientèle orpheline] pendant que la crise suicidaire passe.... Les intervenants qui sont en contact direct avec l'enfant me disent oui bien je vais l'amener à l'urgence... mais ce n'est pas la place... l'urgence, pour une évaluation en santé mentale. » (Inf. 6, p. 6). Plus précisément, dans de telles situations, les interventions de l'infirmière servent à comprendre le sens de la détresse selon les signes et symptômes rapportés par l'éducateur pour assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille. Dans le cas où cette sécurité n'est pas assurée par manque de ressources humaines, les intervenants dirigent la famille vers l'urgence.

4.2.2 La collaboration interprofessionnelle. Un autre élément qui influence le PERS dans son ensemble est la collaboration interprofessionnelle. De façon générale, les participantes de l'étude ont rapporté l'importance de la collaboration professionnelle avec le médecin ainsi qu'avec d'autres professionnels comme la psychologue, la travailleuse sociale ou encore la psychoéducatrice comme en témoigne les verbatim suivants :

alors, il est reparti le jeune mais j'avais quand même une espèce d'inquiétude. Moi, j'embarque rapidement avec le médecin parce que le médecin est là [...]. J'ai besoin de la sécurité du médecin... J'ai besoin de dire, lui est là en back up. (Inf. 1, p. 8)

Je me sens mieux avec le psychologue ou la travailleuse sociale, surtout quand l'enfant est en bas âge [...] la collaboration c'est mieux puisqu'ils complètent avec d'autres questions donc j'ai l'impression d'avoir une évaluation plus globale. (Inf. 9, p. 12)

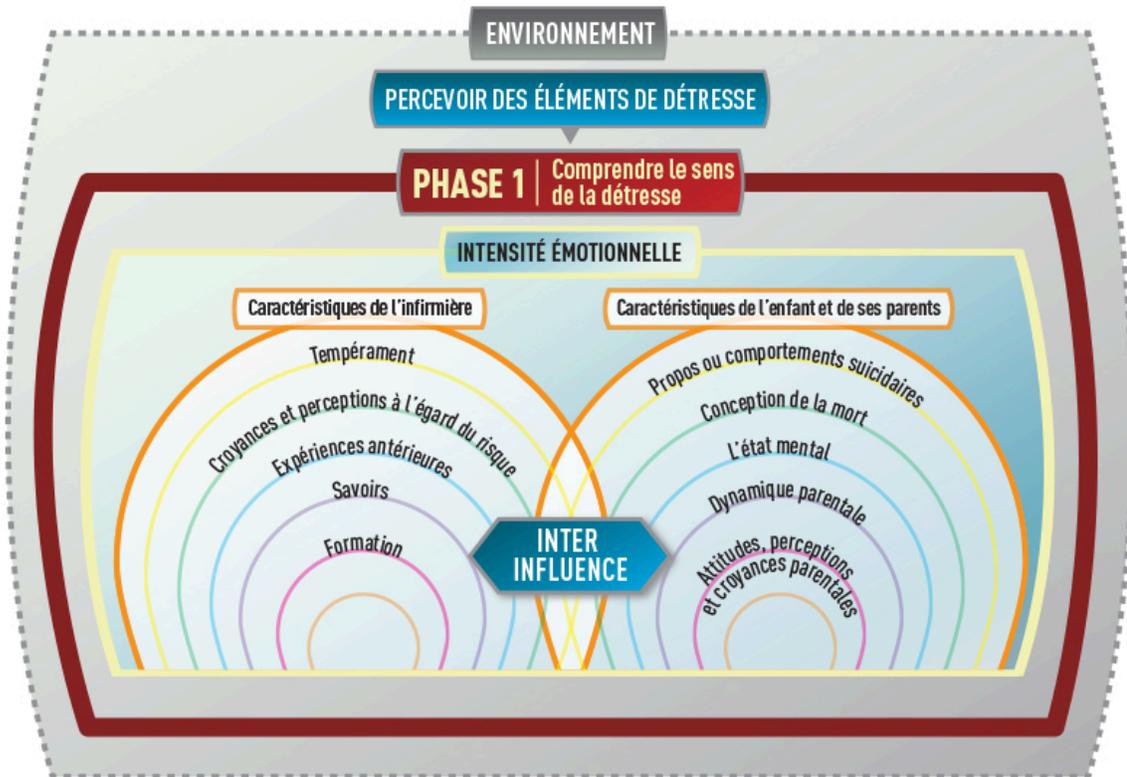
on collabore avec la psychoéducatrice qui est avec nous sur le plancher [...] ça aide, entre autres, pour les plans de sécurité car elle connaît bien le jeune. » Elle ajoute que : « d'être avec quelqu'un, je trouve que cela donne confiance... (Inf.4, p.5)

Cette collaboration rassure et permet à l'infirmière d'être en confiance face à sa compréhension du sens de la détresse (phase 1), et face au niveau de risque estimé et aux actions à entreprendre pour assurer la sécurité (phase 2).

En résumé, le processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants en santé mentale, qui comprend deux phases, est influencé par l'environnement dans lequel il se déroule. Cet environnement, qui fait référence à l'organisation des soins et des services, comprend la fonction occupée selon le contexte de soins dans lequel œuvre l'infirmière, l'acuité des soins offerts, la disponibilité des ressources humaines, ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Ces divers éléments de l'environnement vont moduler le déroulement du PERS, que ce soit au niveau de la première phase qui est la compréhension du sens de la détresse ou de la phase 2 qui vise à assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents.

4.4 Comprendre le sens de la détresse de l'enfant

Figure 4.2 illustration de la phase 1 : comprendre le sens de la détresse de l'enfant



La première phase du PERS, selon les infirmières rencontrées, est de comprendre le sens de la détresse de l'enfant. En fait, il s'agit à ce moment pour l'infirmière de tenter de comprendre ce que le jeune cherche à exprimer par ses propos ou ses comportements, permettant ainsi de déterminer le niveau de risque et par la suite d'assurer sa sécurité. À cet effet, une infirmière souligne que pour évaluer le risque suicidaire d'un enfant consultant pour des propos ou comportements suicidaires, il devient nécessaire de « *comprendre le sens [...] qu'il faut voir un peu le détail de ce qui s'est dit : quand, comment, quoi et dans quel contexte parce que la situation*

dans laquelle les choses sont dites, donne un sens... et savoir si cela s'inscrit dans une pathologie aussi » (Inf. 2, p. 1 et p. 2). Malgré cela, pour une infirmière rencontrant un enfant en santé mentale (sans raison de consultation préalablement identifiée comme idée ou propos suicidaire ou sans diagnostic de santé mentale déterminé), cela implique de toujours considérer le risque suicidaire comme une façon qu'il envisage pour soulager sa détresse : *« c'est de valider si c'est sa façon de nous transmettre ses émotions ou si c'est un enfant qui présente des symptômes dépressifs donc serait plus à risque de passer à l'acte. »* (Inf. 4, p. 1). Ainsi, pour certaines, le contexte de santé mentale fait en sorte que le risque suicidaire est toujours possible : *« bien premièrement quand j'ai un enfant que je reçois sur l'unité [en santé mentale] c'est sûr qu'il y a toujours un risque potentiel [...] »* (Inf. 1, p. 1). Cette compréhension du sens de la détresse va donc permettre à l'infirmière de situer le niveau de risque pour ensuite assurer la sécurité de l'enfant.

4.4.1 Caractéristiques de l'infirmière. Différentes caractéristiques propres à l'infirmière vont influencer la façon dont cette dernière comprend le sens de la détresse des enfants. Les différentes caractéristiques de l'infirmière pouvant influencer cette compréhension ont été regroupées sous les catégories suivantes : le tempérament, les croyances à l'égard du risque, les expériences antérieures, les savoirs, ainsi que la formation. Les sections suivantes reprennent ces caractéristiques une par une.

4.4.1.1 Le tempérament. Cette catégorie fait référence à l'ensemble des traits ou types de comportements habituels de la personne. Il est stable dans le temps et selon les circonstances. Ainsi, le tempérament de la personne influence la manière d'intervenir de l'infirmière au cours du PERS. Une participante nous a raconté à ce propos : *« c'est plus une psychologue avec laquelle je travaille [...] c'est une personne anxieuse [...] elle dramatise tout et tout est urgent avec elle. [Elle]*

paniquait avec l'automutilation quand c'est léger sans intention suicidaire... » » (Inf. 3, p. 16). Par conséquent, lorsqu'un intervenant avec un tempérament anxieux effectue l'évaluation du risque suicidaire auprès d'un enfant, l'urgence d'intervenir peut être mise davantage de l'avant. Le risque pourrait alors être amplifié, ce qui peut se répercuter sur le reste du processus. En revanche, une infirmière moins anxieuse de nature peut être plus en mesure de prendre le temps de comprendre le sens des propos ou des gestes posés par l'enfant : « je me demande toujours lorsque je constate des signes d'automutilation : est-ce dans l'intention de déplacer la souffrance ou avec l'intention de mourir? » (Inf. 3, p. 16) et prendre le temps de choisir la façon d'assurer la sécurité de l'enfant qui soit appropriée pour cet enfant. À cet égard, la même infirmière ajoute : « Je suis quelqu'un de calme et de confiant [...] j'évalue le jeune, j'ai regardé tous les facteurs de risque et de protection et j'explique [au médecin] pourquoi je l'ai laissé partir... et c'est toujours correct. » (Inf. 3, p. 16). Toutefois, il faut préciser que dans le dernier témoignage, il s'agit d'une infirmière avec plusieurs années d'expérience dans le domaine de la santé mentale jeunesse, ce qui pourrait influencer le sentiment de confiance. Une autre infirmière, pour sa part, mentionne : « Je suis une infirmière de senti, c'est-à-dire que je suis quelqu'un avec un tempérament plus émotif... J'écoute mes feelings... alors quand un jeune a l'air triste, malheureux et qui parlerait négativement de sa vie [...] je poserais plus de questions en lien direct avec le risque suicidaire. » (Inf. 7, p. 20). Ainsi, cette infirmière qui a un tempérament plus émotif va écouter ses propres sentiments (« ressenti ») pour comprendre le sens de la détresse et donc poursuivre le processus d'évaluation du risque suicidaire. Les croyances de l'infirmière à l'égard du risque suicidaire chez l'enfant vont également affecter son déroulement. Ces croyances sont présentées dans les paragraphes suivants.

4.4.1.2 Croyances et perception de l'infirmière à l'égard du risque suicidaire chez l'enfant. Lors de l'analyse des résultats, nous avons constaté l'impact de certaines croyances des

infirmières sur l'ensemble du processus d'évaluation du risque suicidaire, mais plus particulièrement durant la phase 1 intitulée « comprendre le sens de la détresse ». Ces croyances sont principalement : les propos ou comportements suicidaires sont une expression de souffrance, le sujet du suicide est tabou auprès des enfants et de leurs parents, ainsi que le suicide est un phénomène rare. Les paragraphes suivants détaillent les diverses croyances que peut avoir l'infirmière.

4.4.1.2.1 Les propos suicidaires ou comportements suicidaires, une expression de souffrance. Une croyance partagée par la majorité des infirmières rencontrées est à propos de la signification des paroles ou du geste suicidaire chez les enfants. Pour ces dernières, il ne s'agit pas de l'expression d'un désir de mourir, mais plutôt de détresse et de demande d'aide : « ... *en bas de 12 ans, je crois que c'est plus comme une façon de dire qu'il y a une souffrance puis qu'ils ont besoin d'aide* » (Inf. 10, p. 1). Il s'agit en d'autres termes « *d'une demande d'aide mais qui est faite sous forme un peu de... je veux me suicider.* » (Inf. 10, p. 3). À cet égard, une infirmière dit : « *il faut aller chercher la cause de la détresse derrière car sans ça... je ne peux pas travailler sur ses fragilités, sur ses difficultés et sur l'espoir que ça peut s'améliorer.* » (Inf. 6, p. 9). Par ailleurs, certaines infirmières de cette étude interprètent le désespoir présenté par l'enfant comme un indicateur du niveau de risque. En fait, elles reconnaissent que si le jeune éprouve une détresse assez intense pour considérer le suicide comme un moyen pour la soulager, c'est qu'il y a une souffrance importante et un risque élevé de passage à l'acte. D'ailleurs, une infirmière mentionne : « *Je dénote quand même une détresse si c'est dit aussi gravement... c'est sûr qu'il y a un niveau de dangerosité plus élevé.* » (Inf. 7, p. 23).

Une croyance plus marginale chez les intervenants est à l'effet que l'enfant utilise la menace suicidaire pour manipuler son environnement, comme le rapporte une infirmière : « *souvent.... il menace, il manipule, on le sait c'est une grande gueule... il fait juste manipuler [...] et ils [les éducateurs] n'effectuent pas une évaluation du risque suicidaire [...]. Ils ignorent le comportement du jeune* » (Inf. 6, p. 5). Lorsque les intervenants croient que l'enfant manipule en tenant des propos ou gestes suicidaires, le PERS n'est pas poursuivi, ce qui influence non seulement la phase 1 du processus mais également la phase 2. Toutefois, cette même infirmière remet en question cette croyance des intervenants : « *ça se peut que l'enfant menace mais l'importance de la détresse est là versus oui je te menace et puis oui je cherche à attirer ton attention et à te faire réagir mais malgré tout je suis vraiment en détresse derrière [...]. Aussi, le fait que je menace avec la question du suicide ça m'ouvre la porte que c'est une possibilité le suicide.* » (Inf. 6, p. 5). Par conséquent, si l'infirmière croit que l'enfant exprime une détresse, elle va pousser l'évaluation afin de comprendre le sens (phase 1) et ainsi elle pourra éventuellement assurer la sécurité du jeune (phase 2).

4.4.1.2.2 Le suicide est un sujet tabou avec les enfants et leurs parents. Une autre croyance partagée par certaines participantes est que le sujet du suicide chez les enfants est tabou. À cet égard, une d'entre elles déclare : « *Je trouve que c'est encore tabou un peu, en bas de 12 ans.* » (Inf. 1, p. 4). Une autre précise que « *ce n'est pas d'emblée qu'on va chercher ça, alors que les ados, on leur pose presque toujours la question.* » (Inf. 11, p. 6). Par conséquent, on peut constater que le sujet du suicide semble plus difficile à aborder auprès des enfants en comparaison aux autres groupes d'âge. D'ailleurs, une infirmière, au courant des propos suicidaires rapportés par une mère avant la visite de son fils à la clinique où elle travaille, raconte : « *le petit garçon que je soigne [suivi pharmacologique] avec sa mère... quand il vient ici, on n'aborde pas ce sujet-là mais ça a*

été abordé par sa mère et quand elle parle de ça avec moi, ce n'est pas devant lui [...]. » (Inf. 11, p. 5). Dans cet extrait, l'infirmière semble confortable d'aborder le sujet avec la mère mais pas nécessairement en présence l'enfant, ce qui peut faire en sorte que l'évaluation du risque suicidaire ne se fait pas directement avec l'enfant. Le verbatim suivant illustre bien comment, pour une infirmière, il semble déplacé d'aborder le sujet du suicide auprès des enfants et que cela peut occasionner chez elle de l'inconfort et même de la colère : *« ma fille est arrivée avec ça à la maison... elle était très jeune... un papa s'est suicidé [...] écoute, j'étais orange, mauve, je ne comprenais pas comment ça on lui avait parlé de ça, alors que pour moi, en bas de 12 ans, un enfant, ça ne devrait pas avoir à vivre ça. »* (Inf. 1, p. 18). Par conséquent, si le risque suicidaire des enfants s'avère un sujet tabou ou intime pour l'infirmière au plan professionnel ou personnel, on peut penser que malgré les éléments de détresse perçus chez l'enfant par l'infirmière, cela pourrait avoir des répercussions sur la compréhension du sens de la détresse ainsi que sur le déploiement du PERS.

4.4.1.2.3 Le suicide, un phénomène rare chez les enfants. Les infirmières ont mentionné que selon leur perception, le phénomène est plutôt rare chez les moins de 12 ans. À cet égard, une infirmière précise que le phénomène existe malgré qu'il soit rare : *« [...] c'est parce que ce n'est pas fréquent mais pourtant je le sais que ça peut exister. »* (Inf. 11, p. 6). Une autre mentionne : *« Je dirais que c'est un phénomène rare [...] en tout cas moi dans ma pratique [...] je ne pense pas avoir vu un jeune qui avait vraiment des idées suicidaires pour lesquelles il fallait faire quelque chose. »* (Inf. 5, p. 1). Une autre ajoute : *« comme je dis c'est très rare que j'ai eu à réévaluer le risque suicidaire d'un enfant de moins de 12 ans... »* (Inf. 2, p. 3). Ainsi, une infirmière qui a l'impression que ce phénomène est peu présent pourrait être moins portée à questionner un enfant sur de possibles idées suicidaires. Il est possible de penser que les croyances des infirmières

comme le fait que les enfants éprouvent une grande détresse qu'ils veulent soulager sans nécessairement mourir, que le sujet soit tabou ou encore que le phénomène soit rare, influencent leur compréhension du sens de la détresse exprimée (phase 1) et ultérieurement, la poursuite du processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des jeunes.

Les expériences antérieures de l'infirmière vont elles aussi affecter la première phase du PERS qui est de comprendre le sens de la détresse lors du PERS auprès des moins de 12 ans. Ce sujet est présenté dans les paragraphes suivants.

4.4.1.3 Expériences antérieures de l'infirmière. Pour les expériences antérieures, nous avons identifié deux types d'expériences pouvant produire des effets sur le PERS auprès des enfants soit les expériences en lien avec le suicide et celles liées à la parentalité.

4.4.1.3.1 Expérience en lien avec le suicide. Les infirmières rencontrées qui ont une expérience personnelle de suicide dans leur entourage ou dont un jeune patient a fait une tentative alors qu'elles effectuaient un accompagnement avec lui peuvent être influencées par cet événement lors du PERS. À ce sujet, une infirmière témoigne de l'impact du suicide d'un proche sur son rôle professionnel : « *Moi, c'était mon ex-conjoint que j'avais trouvé [...]. Moi, je n'avais rien vu, absolument rien. Je ne connaissais absolument rien de tout ça... [...] Peut-être que j'en fais plus maintenant... cela pourrait avoir eu un impact..* » (Inf. 1, p. 19). Ainsi, puisque cette infirmière n'a pas été en mesure de prévenir le suicide d'un proche, elle devient plus vigilante par rapport aux signes avant-coureurs, ce qui l'amène à développer davantage son PERS auprès des enfants qu'elle rencontre. De plus, lors de l'entretien, cette infirmière ne termine pas ses phrases et le mot « suicide » semble évité. D'ailleurs, à plusieurs reprises lors de l'entretien, cette même infirmière

mentionne « *qu'elle trouve cela [le suicide] tellement épouvantable* » (Inf. 1, p. 19). Cette expérience personnelle fait donc en sorte que pour elle l'évaluation du suicide, quoique difficile, est importante. Cependant, l'intensité émotionnelle présente peut teinter son jugement clinique.

Également, une autre infirmière témoigne des effets négatifs qu'a pu avoir sur sa pratique le fait qu'un enfant de sept ans qu'elle avait évalué ait été hospitalisé peu de temps après pour une tentative de suicide. L'infirmière mentionne : « *Je me suis remise en question gros comme le bras, est-ce que je fais la bonne évaluation? Est-ce que j'ai passé à côté de quelque chose?* » (Inf. 9, p. 11). Or, l'extrait nous permet de croire que cette expérience vécue peut entraîner une remise en question quant à la façon de faire de cette infirmière lors de PERS subséquents. À ce sujet, l'infirmière mentionne : « *j'ai toujours l'impression d'être à côté de la track au niveau des idées suicidaires surtout après cet événement-là* » (Inf. 9, p. 12). Autrement dit, l'infirmière ne voulant « *pas passer à côté de quelque chose* » (Inf. 1, p. 20; Inf. 9, p. 11) lors de l'évaluation du risque suicidaire pourrait intensifier le niveau du risque, ce qui a sans contredit des répercussions sur le déploiement du processus.

4.4.1.3.2 Expérience parentale des infirmières. L'expérience parentale des infirmières et plus particulièrement lorsqu'elles ont un enfant du même âge que celui dont elle fait l'évaluation semble également avoir un impact sur le PERS. En fait, il est important de préciser que les infirmières ayant elles-mêmes des enfants de moins de 12 ans étaient en majorité dans notre étude et sont les seules à avoir abordé ce sujet. Dans cet ordre d'idée, une infirmière souligne le côté plutôt négatif que la parentalité peut engendrer sur le PERS : « *En gros, les collègues qui étaient moins intéressés là [à aborder le suicide avec les enfants], souvent ce sont des collègues qui ont des enfants de sept ou huit ans. Eux autres là, je me rappelle d'une de mes collègues qui a dit : ah non, je ne veux pas lui poser cette question-là, je ne suis pas à l'aise d'aller explorer ce thème avec*

les enfants. » (Inf. 5, p. 10). Cette même participante qui venait d'avoir un bébé ajoute « *avec un enfant ça ... mon impression c'est que là, ça peut devenir difficile.* » (Inf. 5, p. 11). De plus, pour une d'entre elles, il apparaît nécessaire de mettre une distance émotionnelle : « *il faut que je mette une distance, des fois il faut que je me parle parce que des fois j'ai comme l'impression que c'est comme si c'était mon fils en avant et des fois mon jugement serait altéré si je ne faisais pas ça.* » (Inf. 9, p. 20). Ainsi, le fait d'avoir des enfants du même âge peut complexifier le PERS et rendre l'infirmière plus inconfortable.

Certaines infirmières parlent également des aspects positifs de cette expérience de parentalité sur le PERS. Une d'entre elles mentionne que le fait d'avoir un enfant du même âge l'amène à mieux comprendre le vécu des enfants qu'elle rencontre, elle dit être « *plus sensible à la souffrance de l'enfant...* » (Inf. 1, p. 20). Cette expérience parentale l'a aussi amenée à modifier son opinion envers les parents, comme elle en témoigne dans l'extrait suivant : « *On a plein de préjugés envers des parents, ils font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont, c'est un peu ça. Anyway, oui, je pense que si je n'avais pas eu d'enfants je serais extrêmement différente avec l'enfant et avec ses parents...* » (Inf. 1, p. 20). Ainsi alors que pour certaines infirmières le fait d'avoir des enfants peut entraîner un inconfort face au sujet, d'autres peuvent mieux comprendre la souffrance et être plus compréhensif à l'égard des parents.

Par ailleurs, pour une autre infirmière et son mari travaillant en contexte de santé mentale, le sujet du suicide auprès des enfants a soulevé un questionnement au plan personnel. Ils se sont interrogés à savoir s'ils devaient en discuter avec leur fils de 12 ans, souvent témoin de leurs conversations. Or, le fait d'en parler avec lui ainsi que la manière dont cela a été fait a facilité, par la suite, le dialogue avec les enfants vus en clinique : « *un soir lors d'un souper, on a parlé du risque suicidaire avec lui et cela m'a donné des idées afin d'aborder cela avec les autres enfants*

de cet âge. » (Inf. 8, carnet de notes). Par conséquent, les expériences de parentalité peuvent agir de manière positive ou négative sur le processus d'évaluation du risque suicidaire des enfants. En résumé, les expériences personnelles et professionnelles des infirmières en lien avec le suicide ou la parentalité peuvent influencer la façon dont la phase 1 du processus va se déployer. Par ailleurs, les différents savoirs de l'infirmière ont également une influence sur la phase 1 du processus et font l'objet des paragraphes suivants.

4.4.1.4 Savoirs de l'infirmière. Cette catégorie fait référence aux différentes sources de savoirs des infirmières comme le savoir personnel, le savoir esthétique, le savoir éthique, ainsi que le savoir empirique. Les paragraphes suivants traitent de ces différents savoirs dans le contexte du PERS chez l'enfant.

4.4.1.4.1 Le savoir personnel. Le savoir personnel correspond à la connaissance de soi et de l'autre que possède l'infirmière. À cet égard, dans le contexte du PERS, les infirmières ont décrit ce savoir personnel qui les amènent à procéder à l'évaluation du risque : « *il s'agit de quelque chose qui me vient tout de suite dans ma tête à la première évaluation avec l'enfant.* » (Inf. 1, p. 1). Ce sont « *des petites sonnettes dans ma tête* » (Inf. 1, p. 1), comme si c'était un « *petit hint d'aller plus loin* » (Inf. 10, p. 8), ou encore « *mon feeling [qui] me dit que ça vaudrait la peine d'aller investiguer ça...* » (Inf. 5, p. 12). Une autre infirmière mentionne « *l'instinct* » (Inf. 6, p. 1) et une autre encore, au sujet des éléments de détresse, dit que cela « *allume une cloche (sic)* » (Inf. 4, p. 4). Ces indications, de l'ordre du ressenti et difficiles à expliciter, font partie de ce que nous identifions par « intuition » et qui est mobilisé lors du PERS chez l'enfant. Une autre infirmière témoigne de sa connaissance de soi en parlant de l'impact de son tempérament sur le PERS dans

l'extrait qui suit : « *je ne sais pas si c'est mon tempérament mais quand j'ai un doute alors je vais me dire que s'il a fait ou dit cela... à ce moment-là [...] c'est qu'il y a quelque chose à explorer* » (Inf. 4, p. 6). Autrement dit, le savoir personnel représente ce que l'infirmière connaît d'elle-même et qui lui permet de comprendre de manière sensible la situation vécue. Or, l'infirmière qui possède une bonne connaissance d'elle-même et ressent un doute qu'elle écoute, va ainsi pousser plus loin son questionnement afin de comprendre le sens de la détresse, permettant de déterminer un niveau de risque.

4.4.1.4.2 Le savoir esthétique. Il fait référence à la créativité de l'infirmière acquise au fur et à mesure de ses différentes expériences de travail. Ce savoir se traduit dans la manière de faire de l'infirmière contribuant à une meilleure qualité des soins selon les besoins de la personne. À cet égard, une infirmière raconte que devant un enfant faisant des dessins dans un cahier elle a dit : « *si tu veux, serais-tu plus à l'aise de dessiner comment tu te sens?* » (Inf.3, p.18). Une autre mentionne à l'enfant : « *Veux-tu jouer? Aimes-tu les Lego? Ok on va jouer au Lego. Pendant ce temps on jase, c'est un moment privilégié avec lui* » (P.4, p.10). Une infirmière dit : « *j'adapte mon langage... car tu sais (te tuer) je ne vais pas utiliser cela ... Je vais être très prudente... je veux aller chercher ce qu'il comprend lui...* » (Inf.1, p.5). Ces témoignages démontrent bien que les infirmières en utilisant des outils comme le dessin, le jeu ou en adaptant son langage considèrent l'unicité des jeunes et font appel à leur créativité lors du PERS.

4.4.1.4.3 Le savoir éthique. Le savoir éthique fait appel aux jugements d'ordre moral impliqués dans ce processus et a été abordé sous l'angle de la confidentialité dans le verbatim suivant : « *ça va se passer dans sa chambre... ou une salle où il n'y a pas d'autres enfants pour*

que la confidentialité soit toujours assurée. » (Inf. 4, p.4 et 5). Ainsi, l’infirmière démontre sa connaissance de ce qui est bon et désirable selon son code de déontologie.

4.4.1.4.4 Le savoir empirique. À l’égard de ce type de savoir impliqué lors du PERS, une infirmière mentionne que pour procéder à l’évaluation du risque suicidaire, il faut « *connaître et regarder tous les facteurs de risque et les facteurs de protection* » (Inf. 1, p. 1). Ainsi, l’infirmière utilise ses connaissances empiriques issues de la recherche afin de déterminer s’il s’avère pertinent de poursuivre le PERS selon les facteurs présentés par l’enfant. À cet égard, une participante explique : « *je vais regarder d’abord les facteurs de protection chez les moins de 12 ans, après je regarde les facteurs prédisposants puis les facteurs précipitants... j’y vais en fonction du filon que le jeune me donne... après je m’enligne pour statuer sur le risque... et ce que je dois faire pour qu’il soit en sécurité.* » (Inf. 3, p. 17).

Les différents savoirs de l’infirmière font donc partie des diverses caractéristiques qui influencent le PERS auprès des enfants. Ces savoirs mobilisés lors du PERS chez l’enfant sont influencés entre autres par la formation de l’infirmière. Ce sujet est présenté dans le paragraphe suivant.

4.4.1.5 La formation de l’infirmière. À cet égard, la majorité des infirmières rencontrées rapportent manquer de formation spécifiquement pour le PERS auprès des moins de 12 ans. D’ailleurs, une participante déclare : « *J’avais pas de connaissances sur le suicide chez les enfants, ni sur le suicide tout court [...]. On m’a formée lors de mon emploi principalement pour les adolescents de 14 à 18 ans.* » (Inf. 6, p. 1). Une autre, qui se sentait peu outillé sur la manière de faire, dit : « *En CLSC, la formation, tout ce qui est santé mentale c’est mis de côté puis encore plus avec des enfants, comment on pose des questions à un enfant qui a des idées suicidaires ou*

comment il veut mourir, comment on aborde ça ? » (Inf. 10, p. 7). À cet égard, une autre infirmière travaillant en clinique externe précise : « [...] *c'est un peu au niveau de l'entrevue puis je pense qu'il nous manque des balises dans notre formation par rapport à tout ce qui est au niveau de l'évaluation suicidaire, mais encore plus chez les enfants.* » (Inf. 10, p. 7). Par contre, une autre participante, malgré que la formation suivie s'adresse aux adultes, mentionne que la grille proposée par Suicide Action Montréal l'aide à intervenir auprès des jeunes : « *j'ai aimé cela [grille de Suicide Action Montréal], ça me donne des outils* (Inf. 8, p. 13). Elle ajoute : « *j'évalue mais je me sens aussi plus capable d'intervenir, peut-être amener de l'espoir...* » (Inf. 8, p. 13). Néanmoins, pour la majorité des infirmières, les formations suivies ne semblent pas répondre à leurs besoins en prévention du suicide auprès des moins de 12 ans.

Ainsi, différentes caractéristiques propres à l'infirmière vont influencer sa façon de comprendre le sens de la détresse du jeune. Comme le PERS s'inscrit dans une relation interpersonnelle, les caractéristiques du jeune et de ses parents vont également entrer en jeu et influencer l'infirmière dans sa compréhension du sens. Les paragraphes suivants abordent ces caractéristiques.

4.4.2 Caractéristiques de l'enfant et de ses parents telles que perçues par les infirmières. Dans le cadre des entrevues, les infirmières ont abordé des caractéristiques propres aux enfants et à leurs parents qui venaient influencer leur façon de percevoir la détresse et, ultimement, le PERS des enfants. Dans ces caractéristiques, on retrouve : les propos et comportements suicidaires de l'enfant, la conception que le jeune a de la mort, l'état mental, la présence de troubles concomitants, la dynamique familiale, ainsi que l'attitude, la perception et les croyances des parents.

4.4.2.1 Propos ou comportements suicidaires de l'enfant. Pour la majorité des participantes, les propos suicidaires de l'enfant – exprimés directement ou rapportés par une tierce personne – constituent un élément déclencheur qui entraîne la nécessité de poursuivre l'évaluation du risque suicidaire, comme le témoigne cette participante : « *pour moi les propos ou les idées suicidaires ça requiert une évaluation du risque ...* » (Inf. 4, p. 1). En effet, pour plusieurs, il s'agit d'une expression de détresse qui encourage l'infirmière à tenter d'en comprendre le sens, comme il est rapporté ici : « *Bien verbalement qu'on me dit : « ben là chu tanné » perte d'espoir, « la vie ne vaut... » je trouve que c'est vraiment un signe de détresse importante qui vaut la peine qu'on la comprenne bien.* » (Inf. 1, p. 2).

En plus des propos suicidaires directs, les propos de l'enfant au sujet de comportements dangereux sont également perçus comme un élément de détresse nécessitant que l'infirmière tente d'en bien saisir la portée. À cet effet, une participante rapporte : « *puis c'est ça qu'il voulait se lancer comme devant une voiture donc c'est quelque chose qu'il peut faire donc... pour nous la dangerosité est présente.* » (Inf. 10, p. 2). D'ailleurs, cette participante ajoute : « *j'ai rappelé la mère [...] j'ai demandé qu'est-ce qui se passait avec son enfant.* » (Inf. 8, p. 2). Ainsi, lorsque le jeune dit vouloir adopter des comportements dangereux potentiellement létaux et faciles d'accès, tels que se jeter devant une voiture, l'infirmière va s'inscrire dans un PERS et tenter de comprendre le sens de la détresse de l'enfant en appelant la mère pour poursuivre la collecte de données comme dans l'extrait précédent.

D'autres comportements, pour leur part, rendent la compréhension du sens de la détresse plus difficile et peuvent amener l'infirmière à modifier son approche pour bien en saisir le sens. Par exemple, une infirmière explique que certains propos et comportements comme le mutisme de l'enfant sont des éléments agissant négativement sur la compréhension du sens de la détresse : « *Ce*

petit jeune-là, au début, il n'était pas collaborant [...] il avait manifesté des « je vais me tuer » à la psychologue. [...] avec moi, il ne parlait pas du tout... cette fois-là, ça n'a pas bien été car il ne répondait pas à mes questions alors je lui ai dit que je ne pouvais pas le laisser partir... » (Inf. 3, p. 11). Dans cette situation, l'absence de communication de l'enfant empêche l'infirmière de bien saisir le sens de la détresse, ce qui rend le niveau de risque plus élevé. À cet égard, l'infirmière mentionne : *« quand le jeune ne répond pas à mes questions, je considère que le risque est élevé... j'ai dû l'amener à l'urgence » (Inf. 3, p. 11).*

De plus, les comportements impulsifs observés chez les enfants demeurent un indice qui invite l'infirmière à explorer le sens de la détresse dans le cadre de cette phase du PERS. À ce sujet, une infirmière raconte : *« l'impulsivité qu'on observe souvent comme courir dans la rue sans regarder ou sauter de très haut, et surtout qu'ils n'ont pas toujours conscience du danger [...] alors tu sais pour moi c'est important d'évaluer la particularité [contexte] qui tourne autour d'un propos suicidaire » (Inf. 7, p. 3).* Une autre infirmière ajoute à ce sujet : *« Est-ce des propos qui démontrent plus d'impulsivité ou de découragement ou encore c'est plus de l'impulsivité parce qu'il est fâché? » (Inf. 2, p. 2).* Pour ces participantes, les comportements d'impulsivité sont des éléments à contextualiser afin de comprendre le sens que l'enfant leur donne et s'ils sont des signes de détresse. Toutefois, les comportements suicidaires de l'enfant ne sont pas les seuls éléments affectant la compréhension de la détresse par l'infirmière. En effet, la conception de la mort présentée par l'enfant influence l'ensemble du PERS, mais particulièrement la compréhension du sens de la détresse par l'infirmière. Le paragraphe suivant illustre ce sujet.

4.4.2.2 La conception qu'a l'enfant de la mort. Les enfants ont une conception de la mort qui peut varier. C'est d'ailleurs ce que les infirmières tentent d'aller chercher lors du PERS. Par conséquent, cela les pousse à chercher le sens des propos de l'enfant et ainsi de questionner leur

interprétation du concept de la mort comme en témoigne les extraits suivants : « *je me demande jusqu'à quel point l'enfant comprend c'est quoi la mort ? Tu sais... Est-ce qu'ils le savent que tu ne reviens pas de cela? Est-ce que c'est juste un appel à l'aide [...] il veut dire aidez-moi quelque'un parce que j'ai besoin d'aide...* » (Inf. 9, p. 1). À ce sujet, une participante dit : « *c'est sûr qu'avec les enfants [...] c'est de voir le concept de mort, de voir ce qu'est leur compréhension du fait que l'acte est irréversible* » (Inf. 4, p. 1). De plus, une infirmière révèle que pour certains enfants la signification de la mort peut être différente. C'est notamment le cas pour des enfants qui envisagent plutôt cela comme une façon d'aller rejoindre un proche décédé dont ils s'ennuient, par exemple « *aller rejoindre sa grand-mère* » (Inf. 10, p. 2) ou encore comme une manière d'exprimer un inconfort ou une souffrance « *je pars pis je reviens le lendemain matin* » (Inf. 8, p. 14). Ainsi dans le premier cas, l'enfant vit un deuil et a besoin de soutien dans ce sens. Tandis que de l'autre, l'enfant ne saisit pas l'irréversibilité de la mort et veut quitter sa souffrance pour un instant ce qui peut nécessiter une évaluation plus approfondie avec la collaboration d'autres professionnels. Le paragraphe suivant traite de ce sujet.

4.4.2.3 L'état mental du jeune. Certains éléments de l'état mental du jeune doivent également être pris en compte pour que l'infirmière comprenne et poursuive le PERS. À cet effet, une infirmière mentionne :

[S]i j'avais un affect triste d'emblée, un changement au niveau du fonctionnement général. Tout d'un coup-là, plus isolé, plus en retrait, une diminution de ses activités... l'isolement dans la maison ou qu'il se retire plus à sa chambre. Aussi quand les parents vont dire : il ne vient plus aux activités familiales, il s'isole [...]. Pour un enfant aussi s'il ne veut plus jouer ou manque d'intérêt pour jouer donc symptôme dépressif... si j'avais des éléments de symptômes dépressifs... j'allais plus en profondeur avec le risque suicidaire. (Inf. 2, p. 6).

Dans ce contexte, lorsque l'infirmière considère que l'état mental du jeune est perturbé par des symptômes dépressifs ou encore de la colère ou de l'irritabilité, elle poursuit plus spécifiquement l'évaluation du risque suicidaire. À cet égard, elle précise : « *pour un enfant de 12 ans et moins, l'expression de la colère vient souvent masquer le symptôme... de déprime... j'irai plus voir un peu l'humeur en général elle est comment. S'il y a plus d'irritabilité, ça m'amènerait à évaluer plus un peu l'aspect du risque suicidaire là aussi* » (Inf. 2, p. 6). Ainsi selon la conception que l'enfant a de la mort, l'infirmière va interpréter ses propos différemment ce qui va influencer sa compréhension du sens de la détresse. Dans le même ordre d'idée, certains éléments de l'état mental de l'enfant affectent la compréhension du sens de la détresse perçue par l'infirmière ainsi que l'approfondissement de l'évaluation du risque suicidaire. Le paragraphe suivant aborde l'importance de la dynamique familiale sur le PERS chez les enfants.

4.4.2.4 Dynamique familiale. La dynamique familiale dans laquelle évolue l'enfant a aussi un effet sur la façon dont l'infirmière tente de comprendre le sens de la détresse de l'enfant. Tout d'abord, la plupart des participantes de cette étude, à l'exception de celles sur les unités de soins, indiquent que les parents sont présents lors de la rencontre d'évaluation avec un enfant de moins de 12 ans. Cette présence peut provoquer des effets sur le PERS. Plus précisément, une dynamique familiale qualifiée de « dysfonctionnelle », par les participantes, c'est-à-dire dans laquelle il y a des conflits fréquents et récurrents entre les parents et les enfants, teinte négativement la compréhension de la détresse. À ce sujet, une infirmière mentionne : « *Des enfants qui ont été pris en charge, ceux où il y avait un risque suicidaire c'est souvent des enfants dans un système très dysfonctionnel... c'est tout le temps relié au système familial.* » (Inf. 6, p. 2). Une autre participante ajoute à ce sujet : « *quand tu fais l'évaluation du risque suicidaire et que tu regardes le portrait familial [...], soit des problèmes d'attachement [...], c'est souvent associé plus avec les figures*

significatives proches [...]c'est souvent maman ou papa, c'est comme des histoires d'abus par exemple qu'on va voir. » (Inf. 3, p. 5). De plus, l'enfant ne se dévoile pas en présence de parents qui vivent un désaccord. Il peut alors devenir plus laborieux de comprendre le sens de sa détresse comme en témoigne une infirmière : *« l'enfant va se braquer lui aussi, s'il sent que papa-maman ne sont pas d'accord, l'enfant ne me dira pas ce qu'il veut me dire. »* (Inf. 9, p. 6). Or, une participante ajoute que par moments *« on fait sortir le parent parce que la dynamique fait en sorte qu'on n'arrive pas à comprendre... à voir si les adultes se préoccupent du jeune... ils se chicanent pendant la rencontre ou encore ils parlent à leur place. »* (Inf. 8, p. 10).

En contrepartie, nous avons pu noter que la présence des parents lors de l'évaluation peut affecter positivement le PERS comme en témoignent les extraits suivants : *« la plupart du temps, ils sont présents ce qui rend cela plus facile parce qu'ils entendent ce que le jeune nomme »* (Inf. 8, p. 10). À ce sujet, une participante ajoute : *« je trouve toujours cela plus facile quand j'ai accès aux parents car j'ai plus d'informations. »* (Inf. 9, p. 5).

Toutefois, une dynamique familiale « dysfonctionnelle » qui implique un abus sexuel par un membre de la famille combiné avec un geste impulsif de l'enfant sont des éléments importants à considérer et vont faire en sorte que le PERS sera enclenché plus rapidement, comme en témoigne une infirmière dans l'extrait suivant : *« Cela a comme déboulé car le jeune était découragé et a fait un geste impulsif [...] il avait eu comme une impulsivité quelconque [...] on a su qu'il y avait un soupçon d'abus sexuel de la part du beau-père. C'était arrivé en même temps que la DPJ venait de s'impliquer »* (Inf. 9, p. 9). Ainsi, la présence des parents lors du PERS peut avoir des effets positifs car l'infirmière peut avoir plus d'informations et ils peuvent entendre ce que l'enfant exprime. Par contre, lorsque la dynamique familiale est perçue comme « dysfonctionnelle » en

raison de conflits ou d'abus, cela peut avoir des effets négatifs sur la compréhension de la détresse lors du PERS.

4.4.2.5 L'attitude, la perception et les croyances des parents. Outre la dynamique familiale, les attitudes, perceptions et croyances des parents peuvent aussi jouer sur la façon dont l'infirmière va tenter de comprendre le sens de la détresse des enfants. Ainsi, pour une infirmière, c'est important « *de travailler avec les parents* » (Inf. 9, p. 4) pour bien comprendre le sens de la détresse vécue par l'enfant. Cependant, « *les parents ne sont pas toujours conscients eux-mêmes du vécu du jeune* » (Inf. 2, p. 3). À ce sujet, une infirmière ajoute « *qu'une mère d'une jeune fille de 12 ans contactée pour l'informer des propos suicidaires de sa fille ne nous as pas crus du tout* » (Inf. 7, p. 11). Cette infirmière mentionne également que certains parents minimisent la détresse de l'enfant : « *ah! il a entendu cela sur YouTube ou à la télé, bien voyons donc c'est pas vrai, il dit toujours ça, ces paroles-là* » (Inf. 7, p. 11). Par conséquent, dans un tel contexte où les parents ne reconnaissent pas la souffrance de leur enfant, il peut être plus ardu pour l'infirmière d'obtenir les informations pour bien comprendre le sens de la détresse servant à identifier un niveau de risque et poursuivre le PERS.

De plus, une croyance des parents perçue par les infirmières et pouvant avoir un impact sur la compréhension du sens de la détresse est qu'il ne faut pas parler de suicide, car cela pourrait donner l'idée aux enfants de le faire. Une participante relate que « *les parents ont souvent l'impression [...] que plus tu parles de suicide, plus l'enfant va vouloir se suicider.* » (Inf. 9, p. 4). Par conséquent, on peut supposer que « *parce que les parents sont souvent braqués devant ces questions-là* » (Inf. 9, p. 4), la compréhension du sens de la détresse peut être plus difficile à explorer pour l'infirmière qui craint leurs réactions. En ce sens, une participante raconte :

[L]es parents sont très mal à l'aise et ça me met très mal à l'aise. J'ai l'impression de les envahir, j'ai l'impression d'être trop dans leur intimité et de m'immiscer dans leur vie quotidienne, dans l'intimité proche; chose que normalement on ne fait pas, mais dans les cas comme ça, chez les 12 ans et moins, j'ai vraiment l'impression que j'entre dans l'intimité de la personne la plus totale, j'ai l'impression d'être dans ses vêtements (Inf. 9, p. 5).

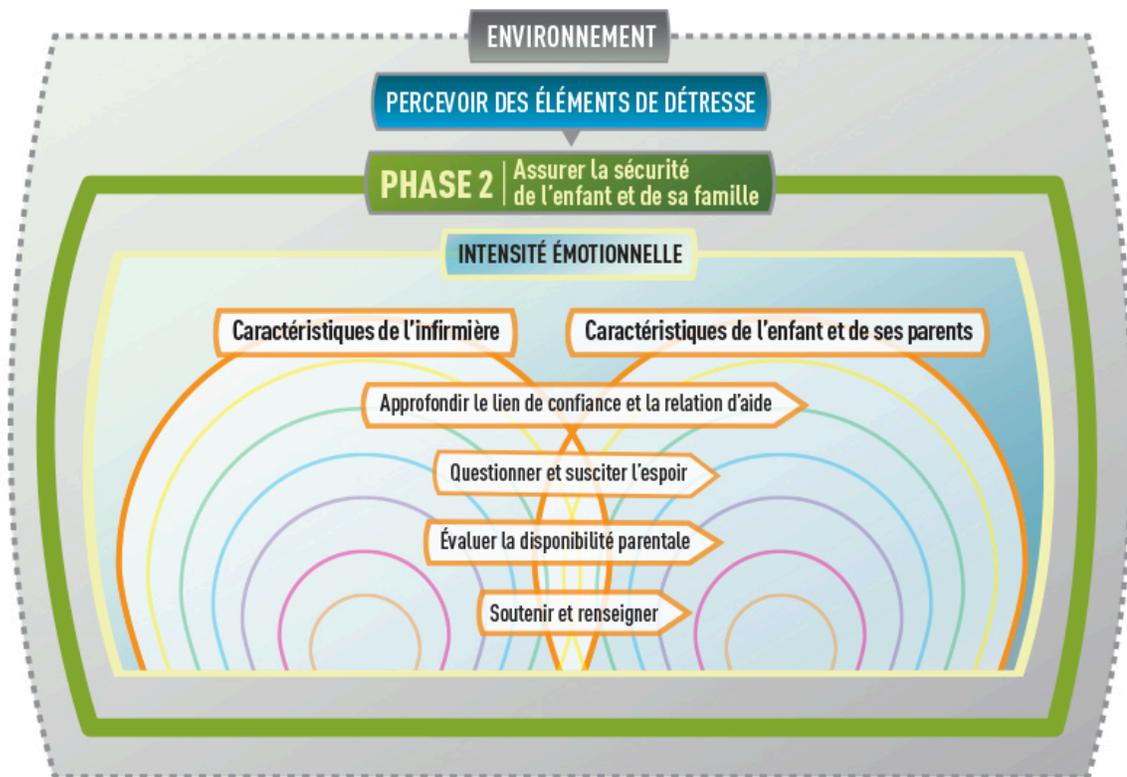
Ce verbatim démontre bien à quel point l'infirmière peut craindre l'inconfort des parents lorsqu'il s'agit d'un jeune de moins de 12 ans, ce qui va la freiner dans son évaluation. Toutefois, une infirmière propose l'explication suivante : « *quand un enfant a des propos suicidaires ou veut atteindre à sa vie, ça peut donner le reflet au parent qu'il ne fait pas sa job de parent, qu'il n'est pas bon, puis souvent c'est triste car cela arrive souvent auprès des clientèles vulnérables qui ont eux-mêmes besoin d'aide...* » (Inf. 7, p. 16). Autrement dit, si un parent croit qu'il est jugé négativement lors de la présence d'idées suicidaires ou de propos suicidaires de son enfant, cela peut faire en sorte qu'il ne donnera pas toute les informations et alors entraver le PERS. Ainsi, les croyances parentales rapportées dans notre étude produisent une influence sur l'ensemble du PERS mais plus particulièrement sur la compréhension du sens de la détresse (phase 1).

Somme toute, la phase de compréhension du sens de la détresse de l'enfant effectuée par l'infirmière est influencée par ses caractéristiques personnelles – son tempérament, ses croyances à l'égard du risque, ses expériences antérieures, ses savoirs ainsi que la formation qu'elle a suivie -, par les caractéristiques de l'enfant – les propos et comportements suicidaires, la conception qu'il a de la mort, son état mental, la dynamique familiale dans laquelle il évolue – et par les attitudes, perceptions et croyances des parents. Tous ces éléments permettent à l'infirmière de statuer sur un niveau de risque. La section suivante du chapitre a pour objet de décrire la deuxième phase du

PERS qui s'intitule : assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents. Cette deuxième phase inclut les différentes actions que l'infirmière doit faire pour assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents une fois qu'elle a compris le sens de la détresse et qu'elle a déterminé le niveau de risque.

4.5 Phase 2 : Assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents

Figure 4.3 Assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents



Dans cette phase du processus, on constate que tout comme dans la phase 1, les savoirs, le savoir-faire (habiletés techniques) ainsi que le savoir-être (manière d'être) de l'infirmière spécifiques aux soins auprès des enfants sont mobilisés. Au sujet du savoir-faire, une infirmière mentionne qu'afin d'engager l'enfant dans la relation elle l'invite à dessiner : « *veux-tu me faire un beau dessin pendant qu'on parle [...].* » (Inf. 7, p. 14). Elle choisit donc une activité adaptée au stade de développement de l'enfant, lui permettant ainsi d'être en confiance lors de l'évaluation. À

l'égard du savoir-être, combinant certains savoirs empiriques, esthétiques, personnels et éthiques, une participante révèle : « *j'essaie de lui redonner l'espoir, [...] avec les enfants, je livre de moi-même beaucoup. Je leur dis : « tu sais [...] moi ça m'est déjà arrivé quand j'étais petite [...]. Puis ce sont des choses vraies que j'ai vécues, tu sais du rejet, [...] pis cela va le faire tougher jusqu'au lendemain »* (Inf. 1, p. 15). Cette dernière précise que de se « *livrer* » sert à « *susciter l'espoir quand elle parle à un enfant* » (Inf. 1, p. 15) ce qui permettra éventuellement d'assurer la sécurité selon elles.

Dans cette deuxième phase du PERS, les participantes rapportent utiliser certaines stratégies telles que l'adaptation de l'environnement et l'oscillation entre la sympathie et l'empathie, afin que les actions effectuées pour assurer la sécurité de l'enfant soient les plus efficaces. Ensuite, nous avons regroupé les actions effectuées selon les catégories suivantes : approfondir le lien de confiance et la relation d'aide, questionner et susciter l'espoir, soutenir et enseigner, ainsi qu'évaluer la disponibilité parentale à soutenir l'enfant. Ces différentes actions sont entreprises pour faire en sorte que la sécurité du jeune soit assurée comme le mentionne cette participante : « *on va toujours agir afin d'assurer la sécurité du jeune* » (Inf. 7, p. 21).

4.5.1 Stratégies utilisées. Dans le contexte du PERS auprès des enfants, l'infirmière se doit de déployer des stratégies qui lui permettent de bien comprendre la détresse de l'enfant et d'assurer sa sécurité. Comme ces stratégies se déploient tout au long du processus mais qu'elles prennent d'autant plus leur sens lorsqu'il s'agit d'approfondir la relation avec l'enfant et d'assurer sa sécurité il a été décidé de les présenter ici. D'ailleurs les participantes de l'étude ont abordées ces deux stratégies qui sont l'adaptation de l'environnement et l'oscillation entre la sympathie et l'empathie

lorsqu'elles abordaient le fait qu'elles devaient approfondir la relation avec l'enfant. Les paragraphes suivants présentent ces stratégies.

4.5.1.1 Adapter le milieu physique. Le milieu physique dans lequel se déroule le PERS est une dimension à considérer car il peut influencer le déroulement. À cet égard, une participante relate sa perception d'un milieu physique agréable affectant entre autres, la relation qu'elle veut établir avec l'enfant afin de permettre son ouverture et assurer sa sécurité : « *Moi là, c'est drôle à dire là, mais en tout cas ce sera écrit, mais j'ai des huiles essentielles parce qu'il faut que ça sente bon et ça commence toujours en mode positif...* » (Inf. 7, p. 14). Un peu plus loin, elle ajoute que l'adaptation des lieux physiques revêt une grande importance afin de faciliter la relation avec l'enfant et ses parents : « *... alors, j'ai mes murs blancs, j'ai mis des bonhommes avec des images, pour moi c'est important, il faut que le jeune se sente bien, qu'il se sente à l'aise [...] je veux que le jeune se sente chez lui et qu'il a une place* » (Inf. 7, p. 14). Autrement dit, l'infirmière adapte le milieu de manière à ce que le jeune se sente bien, ce qui facilite le lien de confiance indispensable à la relation d'aide qui permet d'assurer la sécurité de l'enfant. De plus, certaines attitudes de l'infirmière comme l'empathie et la sympathie produisent également des effets sur la façon dont l'infirmière va assurer la sécurité de l'enfant. Le prochain paragraphe aborde ce sujet.

4.5.1.2 Moduler la sympathie. Lorsqu'elles rencontrent des enfants et leurs parents, il semble que les infirmières vivent de la sympathie qu'elles doivent moduler comme en témoignent les extraits suivants : « *Quand j'ai accès à la souffrance de l'enfant [...] Ben mon dieu... j'ai le goût de... ah ! pauvre enfant !... J'aurais le goût d'aller plus en profondeur, mais il faut que je me rappelle que... parce que moi j'ai toujours peur de causer quelque chose tu comprends. On le sait, ce sont des petits êtres fragiles et s'ils n'ont pas eu affectivement ce qu'ils ont besoin... Ils vont*

aller le chercher » (Inf. 1, p. 17). Une autre exprime : « *On a envie de tout leur donner à ces jeunes-là.* » (Inf. 7, p. 20) Il est possible de penser qu'avec ces enfants de moins de 12 ans, les infirmières deviennent plus sympathiques (un partage de sentiments et l'établissement de liens affectifs) qu'empathiques (la reconnaissance et la compréhension des émotions de l'autre tout en conservant une distance affective), ce qui pourrait entraver les deux phases du processus. Toutefois, elles semblent en être conscientes comme en témoigne une infirmière : « *il faut que je fasse une coupure, il faut que je me dise dans ma tête que ce n'est pas un de mes enfants [...] car peut être que je ne ferais pas les bonnes affaires* » (Inf. 11, p. 10). Elles prennent donc volontairement une certaine distance émotionnelle afin de ne pas être envahies par les émotions de l'enfant et de ses parents ce qui l'amène à osciller entre la sympathie et l'empathie durant le PERS.

4.5.2 Actions entreprises pour assurer la sécurité. Afin d'assurer la sécurité de l'enfant, l'infirmière peut entreprendre diverses actions dont: 1) approfondir le lien de confiance et la relation d'aide, 2) questionner et susciter l'espoir, 3) soutenir et renseigner l'enfant et ses parents, 4) évaluer la disponibilité parentale à soutenir l'enfant. Les paragraphes suivants traitent de ces actions.

4.5.2.1 approfondir le lien de confiance et la relation d'aide. À l'égard de l'approfondissement du lien de confiance et de la relation d'aide, une participante explique « *que pour avoir des confidences de cet ordre-là, à moins que le jeune soit vraiment en difficulté dépressive puis qu'il n'a plus de filtre et qu'il soit complètement désinhibé, [...] c'est important pour moi de tisser un lien de confiance.* » (Inf. 7, p. 9). De plus, une infirmière travaillant en soutien aux intervenants en santé mentale en centre jeunesse mentionne :

[S]ouvent les intervenants focusent beaucoup sur l'outil [formulaire sur lequel il y a trois questions au sujet d'un plan suicidaire, le COQ]... ils oublient de créer un lien de confiance, [...] moi je travaille afin qu'ils puissent faire ça parce que, sans ça, on n'a pas de possibilité d'aide [...] donc l'enfant n'est pas en sécurité (Inf. 6, p. 9).

Par ailleurs, une autre participante aborde la manière avec laquelle elle entretient ce lien avec les parents. Elle dit « *que parfois les parents sont surpris quand l'enfant répond par l'affirmative à la présence d'idées suicidaires. Alors, je les rassure et je réponds à leurs questions.* » (Inf. 8, p. 10). Ainsi l'infirmière, particulièrement en contexte de PERS auprès des moins de 12 ans, peut être à l'écoute et créer le lien autant auprès de l'enfant que de ses parents. Questionner et susciter l'espoir est également important afin de s'assurer de la sécurité de l'enfant. Le paragraphe suivant traite de ce sujet.

4.5.2.2 Questionner et susciter l'espoir. Nous avons constaté dans les propos des infirmières rencontrées, que questionner et susciter l'espoir fait partie des actions entreprises pour assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents. À cet égard, une infirmière relate : « *je vais essayer d'aller chercher des motifs d'espoir chez le jeune [...] car cela peut améliorer la situation* » (Inf. 6, p. 9). Dans cet ordre d'idées, d'autres infirmières ont mentionné qu'« *amener de l'espoir, trouver [...] des passions, des raisons de vivre... je travaille là-dessus durant la rencontre [...] il part plus calme, l'enfant et ses parents donc l'enfant est plus en sécurité* » (Inf. 8, p. 13) font également partie de cette phase du PERS. Ainsi, pour les infirmières, l'espoir, ou le fait d'avoir des raisons de vivre, est considéré comme un élément favorisant la sécurité de l'enfant puisque cela lui donne une chose à laquelle s'accrocher. Une participante explique plus précisément la manière utilisée pour sonder l'enfant : « *Moi, c'est l'espoir que je veux aller chercher lorsque je parle avec l'enfant*

[...] je veux voir s'il se projette dans l'avenir en lui demandant par exemple : quels sont les trois souhaits qu'il voudrait pouvoir exaucer avec une baguette magique? » (Inf. 7, p. 21). En résumé, une façon pour les participantes d'assurer la sécurité de l'enfant est de questionner et de susciter l'espoir, pour voir s'il arrive à se projeter dans l'avenir.

4.5.2.3 Évaluer la disponibilité parentale à soutenir l'enfant. Un autre élément faisant partie des actions permettant d'assurer la sécurité de l'enfant est d'évaluer la disponibilité des parents. Une participante mentionne que la réceptivité des parents à l'égard de la détresse exprimée par l'enfant est un élément à considérer : « *Je trouve ça toujours plus facile quand le parent va être réceptif ou être prêt à entendre ce que son enfant à dire puis à le supporter là-dedans [assurer sa sécurité]* » (Inf. 8, p. 5). Une autre infirmière souligne que la collaboration des parents à ce moment du processus s'avère déterminante : « *les parents doivent travailler avec nous autres, on doit avoir leur appui pour que l'enfant se porte mieux.* » (Inf. 9, p. 6). C'est donc dire que l'infirmière doit également s'interroger sur la capacité physique et mentale des parents à collaborer pour assurer la sécurité de l'enfant afin de déterminer comment elle va procéder par la suite. Dans cet ordre d'idées, une infirmière précise que « *les parents n'ont pas nécessairement toutes les connaissances nécessaires. Il y en a qui minimisent aussi les symptômes de l'enfant. [...] souvent les parents sont tellement malades eux-mêmes qu'ils n'arrivent pas à m'expliquer qu'est-ce qui ne va pas avec leur enfant parce qu'eux aussi, ils sont tellement souffrants.* » (Inf. 10, p. 4). Pour une autre, les parents « *étaient affectueux mais ils ne savent pas mettre des règles [...] être sécurisants* (Inf. 6, p. 3). Donc dans de tels contextes, il peut s'avérer difficile pour l'infirmière de croire que les parents seront en mesure d'assurer la sécurité de l'enfant, ce qui va influencer ses interventions ou les mesures qu'elle va mettre en place. Le paragraphe suivant traite d'une autre façon d'assurer cette sécurité, en offrant du soutien et des renseignements à l'enfant et à ses parents.

4.5.2.4 Soutenir et renseigner l'enfant et ses parents. Pour soutenir et renseigner l'enfant et ses parents, l'infirmière doit prendre en compte la perception ainsi que la compréhension des parents face à la situation vécue avec l'enfant. À ce sujet, une infirmière affirme : « *les croyances et la compréhension des parents peuvent être différentes [des miennes] et c'est correct là... c'est juste qu'il faut garder cela en tête quand on veut les soutenir et leur enseigner...* » (Inf. 8, p. 15). Dans cet ordre d'idées, une des infirmières interviewées raconte : « *certaines parents sont choqués d'apprendre que l'enfant a des idées suicidaires... il faut voir comment ils interprètent cela.. voir ce qu'ils retiennent des renseignements que je leurs donnent..* » (Inf. 3, p. 6). Elle ajoute : « *Je normalise ce qu'ils vivent et tente de leur expliquer que si cela arrive à la maison, ils peuvent appeler à la clinique ou encore d'autres ressources quand on est fermé...* » (Inf. 3 p. 6 et 7). Cet extrait explique comment les interventions de l'infirmière pour assurer la sécurité de l'enfant sont affectées par les croyances et la compréhension des parents après avoir été informés des propos suicidaires exprimés par leur enfant. D'ailleurs, le témoignage suivant illustre de quelle manière une croyance culturelle des parents peut avoir des répercussions sur la sécurité du jeune :

Selon certains parents, la culture va agir. J'ai eu des jeunes qui avaient des propos suicidaires importants... des parents qui leur disaient [au jeune] ainsi qu'à nous : bien on prie, on prie Dieu. Ok mais ça c'est leur croyance, c'est correct puis on peut prier, mais qu'est-ce qu'on peut faire d'autre aussi pour assurer qu'il ne passe pas à l'acte et qu'ils restent en vie? (Inf. 8, p. 14).

Ainsi, pour assurer la sécurité des enfants, les infirmières vont tenir compte des croyances des parents pour ensuite offrir un enseignement approprié comme « *en donnant des informations adaptées selon l'âge et la culture* » (Inf. 8, p. 15). De plus, il semble critique lors de l'entrevue

pour assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents, que l'infirmière évalue la disponibilité parentale à soutenir le jeune.

En résumé, pour assurer la sécurité de l'enfant et de ses parents, l'infirmière approfondit le lien de confiance nécessaire à la relation d'aide, questionne et suscite l'espoir, soutient et renseigne les parents et évalue la disponibilité parentale à soutenir l'enfant. Pour ce faire, elle adapte le milieu physique et oscille entre la sympathie et l'empathie qui peuvent influencer la façon d'assurer la sécurité de l'enfant.

Dans la section suivante, il sera question des effets principalement émotifs que le PERS chez les moins de 12 ans provoque chez l'infirmière et ceux perçus pour les parents. En fait, il s'agit de l'intensité émotionnelle présente tout au long du PERS et même qui perdure dans le temps selon les participantes. Pour cette raison, nous avons choisi de considérer cette charge comme le produit de l'ensemble du PERS. La partie suivante du chapitre présente cette résultante exprimée par les infirmières et qui a sans contredit un impact sur les futures expériences de PERS auprès des enfants.

4.6 L'intensité émotionnelle pour l'infirmière

La rencontre entre l'infirmière et l'enfant, avec ses parents, dans un contexte de PERS engendre une intensité émotionnelle. Cette intensité émotionnelle est entre autres reliée à la détresse présente chez les enfants, comme en témoignent les verbatim suivants : « *moi ça me fait mal au cœur de penser qu'il souffre à ce point-là* » (Inf. 2, p. 10). Une autre mentionne : « *Je trouve cela difficile d'entendre des enfants ou des parents me dire que l'enfant exprime l'idée de mourir [...] c'est pas normal dans le développement de l'enfant.* » (Inf. 11, p. 1). Par ailleurs, cette intensité émotionnelle peut également être affectée par diverses circonstances durant le PERS. À

cet égard, des participantes rapportent certaines situations plus difficiles : « *Il y avait une grosse chicane entre la mère et l'enfant* » (Inf. 3, p.11) ou encore « *la mère nous intimidait.* » (Inf. 7, p. 12). Ainsi, la possibilité qu'un enfant tente d'arrêter de souffrir en envisageant le suicide, combinée à un climat de discorde ou d'intimidation envers l'infirmière contribuent à exacerber l'intensité émotionnelle déjà présente lors du PERS chez l'enfant. La partie suivante présente les émotions éprouvées qui composent l'intensité émotionnelle de l'infirmière, ainsi que leurs impacts sur le déroulement du PERS et dans la vie personnelle de l'infirmière. En fait, l'infirmière éprouve lors de cette évaluation diverses émotions telles que de la tristesse, de l'incompréhension, ainsi que de l'impuissance. Or, ces émotions engendrent des comportements ou attitudes influençant le déroulement du PERS ponctuellement ou dans le temps.

4.6.1 Vivre de la tristesse et de l'incompréhension. Différentes émotions sont ressenties par les infirmières lorsqu'elles sont confrontées à la détresse d'enfants. À ce sujet, une des infirmières mentionne de la tristesse et de l'incompréhension : « *Ce que j'en pense [phénomène du risque suicidaire chez les enfants] écoute, je trouve cela extrêmement triste là, je ne comprends pas qu'à six ans, sept ans on puisse avoir le goût de mourir [...] c'est un malaise* » (Inf. 1, p. 3-4). Par conséquent, ces infirmières peuvent éprouver de la difficulté à parler du sujet ou encore vivre de la tristesse et de l'incompréhension les empêchant de bien repérer et comprendre la détresse de l'enfant. À cet égard, une infirmière révèle : « *Bien sûr que si je me ferme les yeux sur la détresse je ne vais pas voir qu'il y a un aspect suicidaire... c'est moins difficile* » (Inf. 6, p. 10). Cependant, si l'infirmière possède une bonne connaissance d'elle-même, malgré la tristesse et l'incompréhension vécues, elle peut s'en servir comme un signal d'alarme qui l'incitera à poursuivre le processus afin de comprendre la détresse vécue par l'enfant et continuer l'évaluation

du risque. À cet égard, une infirmière raconte qu'à la suite d'une consigne en milieu scolaire, un enfant a tenu des propos suicidaires et que malgré la tristesse éprouvée suite aux paroles, elle a poursuivi son évaluation : « *Je trouve cela triste qu'il utilise de tels propos parce qu'il est en colère mais j'essaie de le faire parler le jeune beaucoup [...] aller chercher à l'intérieur de lui ou elle s'il y a de la dangerosité* » (Inf. 7, p. 2). On constate par les propos de cette participante que malgré la tristesse et l'incompréhension, elle tente de comprendre la détresse et agit en conséquence. Néanmoins, cette tristesse et l'incompréhension ressenties contribuent à l'intensité émotionnelle entourant ce processus.

4.6.2 Vivre de l'impuissance. En plus de la tristesse et de l'incompréhension, les infirmières peuvent éprouver de l'impuissance devant un enfant présentant une telle détresse. Cette impuissance peut se répercuter de différentes façons pendant et après le PERS. Par exemple, une participante mentionne : « *Un moment donné on se ferme les yeux un peu puis on ne veut pas voir à quel point ils sont souffrants nos enfants puis à quel point on est parfois impuissants devant la souffrance.* » (Inf. 6, p. 10). Une autre exprime cette impuissance qui semble plus importante auprès d'un enfant à risque de suicide comme suit : « *[...] parce qu'on fait quoi là ? On dirait que pour l'ado, l'adulte on a des solutions mais pour un enfant de sept ans... oups... ça nous glisse entre les mains* » (Inf. 11, p. 19). Il y a aussi de l'impuissance éprouvée quand l'enfant exprime sa détresse par des propos ou gestes suicidaires à répétition comme l'illustre cette infirmière dans le verbatim suivant : « *Un enfant mentionne vouloir s'égorger avec ses pantalons à toutes les semaines, qu'est-ce qu'on fait avec cela [...]. Il a été hospitalisé trois mois puis, deux ou trois semaines après son congé de l'hôpital, il refait la même chose. C'est difficile à changer ces comportements-là.* » (Inf. 4, p. 9). Dans un tel contexte, l'infirmière se sent démunie face aux gestes

de l'enfant, elle se sent impuissante face à sa détresse et ne sait plus comment intervenir pour assurer sa sécurité.

4.6.3 Doubter de sa compétence et développer une vigilance accrue. Dépendamment de l'issue de l'évaluation, les infirmières de notre étude mentionnent pouvoir vivre des doutes face à leur compétence. Ainsi, une infirmière décrit le doute qui l'assaille suite à une tentative de suicide post-évaluation infirmière : « [...] *est-ce que j'ai mal fait mon évaluation [...] pour cet âge-là, est-ce qu'ils comprennent vraiment les questions, mille et une questions me sont passées par la tête...* » (Inf. 9, p. 11). Même lorsque l'évaluation ne se conclut pas par un geste suicidaire, le doute peut être présent et amener l'infirmière à vivre une certaine vigilance accrue dans sa vie personnelle, comme le note cette participante :

Oui, j'ai toujours l'intervenante qui n'est pas loin. Si je prends par exemple que je vois des idées suicidaires, je me mets à me questionner. Mon fils en a-t-il eues ? Puis des fois je le questionne, je lui demande ça t'arrive-tu d'être découragé? Et quand, il me dit oui je suis là ah non, et l'intervenante embarque et je me questionne qu'est-ce qui s'est passé ? [...] même chose pour ma filleule de 11 ans qui était déprimée... c'était un peu trop. (Inf. 9, p. 22).

Tandis qu'une autre spécifie comment l'intensité émotionnelle affecte son temps hors du travail : « *ça m'est arrivé que je retourne à la maison et puis je me dis c'est vrai, il a dit je vais me tuer et il est allé dans la salle d'isolement [...] alors j'ai rappelé.* » (Inf. 4, p. 4). Ainsi, la vie personnelle de l'infirmière s'en trouve affectée. Bien que notre recherche ait pour but de comprendre la perspective de l'infirmière dans le cadre de ce processus d'évaluation, il a été possible d'obtenir

des infirmières leurs perceptions des conséquences possibles d'un tel processus auprès des parents. L'objet de la section finale de ce chapitre traite donc des conséquences perçues pour les parents.

4.7 L'intensité émotionnelle pour les parents

Les infirmières ont également nommé des conséquences négatives et positives pour les parents. À cet égard, une infirmière mentionne comme conséquence négative que certains parents ont de la difficulté à reconnaître que l'enfant est à risque, surtout avec un enfant de moins de 12 ans car ils se sentent coupables. Comme il a été rapporté plus tôt, un parent dont l'enfant a des propos ou comportements suicidaires peut avoir l'impression qu'il n'est pas un bon parent et se sentir jugé (cf. supra, 4.4.2.5). « *C'est un sujet difficile pour certains parents, ils veulent pas trop parler de ça* » (Inf. 8, p. 2). D'ailleurs, une infirmière précise combien l'intensité émotionnelle est importante pour les parents : « *des mères qui pleurent tellement quand on aborde ce sujet-là que c'est finalement le père qui va parler* (Inf. 10, p. .5). Tandis qu'une autre infirmière mentionne que les parents peuvent craindre l'impact d'une telle évaluation : « *aussi souvent les parents disent ah non, ils vont appeler la DPJ parce que je ne suis pas un bon parent parce que mon enfant veut se suicider...* » (Inf. 9, p. 16). C'est donc dire que le processus d'évaluation du risque suicidaire est confrontant pour les parents, car cela les pousse à s'interroger sur leurs compétences parentales.

Toutefois, une conséquence positive du processus d'évaluation du risque suicidaire a été mentionnée. Il s'agit du sentiment de soulagement pour certains parents quand ils prennent conscience que leur enfant sera pris en charge et que sa sécurité sera assurée. À ce sujet, une infirmière explique : « *les propos surviennent en situation de crise, il y a escalade [...] on rencontre les parents, on leur dit qu'on va les revoir, ça vient apporter un soulagement* » (Inf. 2, p. 7).

En résumé, le processus d'évaluation du risque suicidaire engendre chez les parents des conséquences pouvant être négatives ou positives. En effet, ils peuvent se sentir coupables et vivre de l'inconfort à parler du suicide car ils se sentent responsables des comportements de leur enfant. Dans ce contexte, il se peut que l'infirmière éprouve de la difficulté à obtenir des informations nécessaires auprès d'un parent qui se sent coupable ou jugé négativement. Ainsi, le reste du processus d'évaluation du risque suicidaire s'en trouve affecté. En revanche, un parent qui se sent soulagé aura tendance à collaborer au processus et ainsi faciliter l'ensemble de l'évaluation.

En conclusion, le processus d'évaluation du risque suicidaire comporte deux phases. La première phase consiste à comprendre le sens de la détresse de l'enfant, ce qui permet à l'infirmière de statuer sur un certain niveau de risque. Cela permet de guider par la suite les interventions nécessaires pour assurer la sécurité, ce qui constitue la deuxième phase de ce processus. La fonction occupée par l'infirmière dans le système de santé, l'acuité des soins et des ressources humaines disponibles, ainsi que la collaboration interprofessionnelle font partie de l'environnement dans lequel se déroule cette évaluation et peuvent influencer l'ensemble du processus. Les caractéristiques de l'infirmière, en interaction avec celles de l'enfant et de ses parents, influencent positivement ou négativement les deux phases du processus. L'intensité émotionnelle, présente tout au long du processus et pouvant se poursuivre par la suite, apparaît comme la conséquence majeure du PERS pour l'infirmière mais également pour les parents.

Chapitre 5 : Discussion

Le but de cette étude est de décrire, comprendre et schématiser le PERS selon une perspective infirmière en santé mentale chez les moins de 12 ans. Dans ce chapitre, nous discutons d'abord de la toile de fond théorique utilisée ainsi que des considérations méthodologiques. Ensuite, il sera question des principaux résultats de recherche à l'aide de la représentation globale du PERS. Nous examinerons si ces résultats rejoignent, confirment ou nuancent les écrits scientifiques qui, la plupart du temps, ciblent une clientèle adolescente ou adulte. Finalement, nous compléterons ce chapitre en abordant les critères de scientificité et les recommandations pour la formation, la clinique, la gestion et la recherche.

5.1 Toile de fond théorique : le modèle humaniste des soins infirmiers- UdeM

L'adoption du modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM comme toile de fond disciplinaire dans le cadre de cette recherche sur le PERS s'est avéré un choix judicieux. Des principes et valeurs du modèle ont servi lors de la collecte et l'analyse des résultats. Tout d'abord dans ce modèle, l'environnement et la Personne sont considérés dans un processus dynamique et interrelié. Ainsi, nous avons gardé en tête et ce, tout au long de la recherche comment cette interrelation entre l'infirmière et son environnement pouvait affecter le PERS chez l'enfant. Puis, le soin et la santé sont envisagés dans une optique de collaboration et d'expérience unique entre l'infirmière et la Personne. C'est d'ailleurs pour cette raison que chaque situation infirmière a été examinée dans son unicité. Nous avons pu constater lors de l'analyse des données que les infirmières qui travaillent dans un contexte de santé mentale pédiatrique ont intégré les valeurs du modèle humaniste dans les soins qu'elles offrent, puisqu'elles travaillent en collaboration étroite avec les familles. De plus, nous nous sommes inspirée de la définition du concept de compétence suggéré dans le modèle qui inclut les savoirs infirmiers pour présenter les savoirs mobilisés par l'infirmière lors du PERS. Finalement, les valeurs prônées dans le modèle comme le respect, la

protection de la dignité ainsi que la sensibilité (Watson, 2012) ont guidé la manière de conduire les entretiens avec les infirmières ainsi que l'analyse des données obtenues.

5.2 Considérations méthodologiques

Une fois la pertinence de la toile de fond théorique présentée, différentes considérations méthodologiques seront discutées. Ainsi le choix du devis, le recrutement et l'échantillon ainsi que la collecte et l'analyse des données seront abordés.

5.2.1 Choix du devis. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé une approche en théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1998). Cette approche nous a semblé judicieuse parce que, tel que discuté au chapitre 3, elle permet de mieux comprendre les phénomènes sociaux pour lesquels il existe peu d'études approfondies (Laperrière, 1997). Plus précisément, selon Corbin et Strauss (2015), la théorisation ancrée permet d'examiner les aspects rationnels et moins rationnels derrière les actions des personnes permettant de voir comment la logique et les émotions influencent leurs réponses ou réactions aux événements. Or, comme il a été constaté lors de la recension des écrits, le PERS auprès des moins de 12 ans effectué par les infirmières est peu étudié. De plus, il demeure empreint d'une intensité émotionnelle importante pouvant avoir des répercussions sur le comportement des infirmières. Compte tenu de la complexité du phénomène et du peu d'études, il s'avérait pertinent d'utiliser une approche telle que la théorisation ancrée et ainsi enrichir les connaissances en sciences infirmières ainsi qu'en prévention du suicide.

5.2.2 Recrutement ou échantillon. Bien que nous n'ayons pu déterminer préalablement le nombre exact d'infirmières qui feraient partie de la population à l'étude, les stratégies de recrutement utilisées ont permis de recruter rapidement des participantes intéressées par le projet.

Une des explications possibles est qu'il y a une préoccupation soutenue à propos du PERS auprès des enfants de moins de 12 ans en santé mentale car bien que le phénomène soit rare, il n'en demeure pas moins que les infirmières ont tout de même à évaluer ce risque chez les enfants et qu'elles désirent améliorer la pratique auprès de cette clientèle. Une autre hypothèse est que la chercheuse principale qui travaille depuis plusieurs années dans ce domaine avait accès à différentes personnes dans plusieurs milieux et associations, ce qui a permis de faciliter la publicité du projet. À l'égard de l'échantillon, il a été impossible de recruter dans toutes les régions du Québec. En effet, la composition des équipes de soins en santé mentale jeunesse peut différer et donc n'incluent pas nécessairement des infirmières. Cependant, les résultats préliminaires ont été présentés lors de divers congrès dans des régions administratives dans lesquelles il n'y avait pas eu de participantes et ceux-ci faisaient sens pour les infirmières qui côtoyaient des enfants dans d'autres milieux que la santé mentale jeunesse comme par exemple les infirmières scolaires.

5.2.3 Collecte et Analyse des données. Selon les principes de la théorisation ancrée, la collecte de données et l'analyse se font de manière simultanée, ce qui permet au chercheur de vérifier les concepts ou hypothèses construits au fur et à mesure que progresse la recherche. Aussi, Strauss et Corbin (1998) stipulent que l'analyse résulte de l'interaction entre le chercheur et les données. Ils suggèrent donc que chaque entrevue soit analysée avant la suivante, car le respect de l'approche itérative permet une analyse en profondeur. Or, pendant cette étude, nous avons eu certaines contraintes telles que le temps alloué en raison du cadre universitaire, la disponibilité des infirmières, ainsi que la grande distance à parcourir pour mener les entrevues. Il est donc arrivé à quelques reprises de réaliser deux entrevues la même journée dans les régions plus éloignées pour l'étudiante chercheuse, comme en Outaouais et en Estrie. Il était alors impossible d'analyser les entrevues au fur et à mesure. Néanmoins, l'utilisation du journal de bord, la consultation avec les

directrices, ainsi que le fait que l'étudiante chercheuse a réalisé elle-même toutes les entrevues ont permis de poursuivre la vérification des hypothèses construites et de s'assurer de la saturation théorique.

Il apparaît donc que le choix de la toile de fond théorique a été judicieux et que celle-ci a imprégné l'ensemble du projet de recherche. Le choix de la théorisation ancrée comme approche méthodologique s'est également avéré pertinent dans le cadre de ce projet. Le recrutement a été facilité à la fois par l'intérêt des infirmières à mieux comprendre le PERS chez les enfants et par le réseau de l'étudiante chercheuse. Finalement, même s'il n'a pas toujours été possible de respecter le principe d'une collecte et analyse des données concomitantes pour toutes les entrevues, l'utilisation, entre autres, du journal de bord a permis à l'étudiante chercheuse de noter ses réflexions au fur et à mesure et ainsi bonifier les entrevues subséquentes.

5.3 Principaux résultats

Une fois les considérations méthodologiques présentées, les principaux résultats seront maintenant discutés en lien avec la littérature existante. Les principaux résultats seront examinés selon la représentation globale du PERS soit l'environnement suivi des deux phases du PERS : comprendre le sens de la détresse et assurer la sécurité de l'enfant et de sa famille.

Tout d'abord, il est important de rappeler que le but de la recherche était de décrire, comprendre et schématiser le PERS tel que perçu par les infirmières et non faire état des bonnes pratiques. C'est pour cette raison que certaines pratiques infirmières peuvent ne pas correspondre aux pratiques optimales en prévention du suicide. Cela peut s'expliquer, entre autres par le fait que la présence d'idées suicidaires chez un enfant demeure un phénomène rare selon les infirmières. Elles sont conscientes, toutefois, que la présence d'un trouble de santé mentale est un facteur de risque considérable donc, peu importe le diagnostic initial lors de la demande de consultation, elles

gardent en tête qu'un tel risque existe dans un contexte de santé mentale. Toutefois, comme la pratique est peu fréquente, elle est peu discutée et étudiée. Par conséquent, contrairement au phénomène du risque suicidaire chez l'adulte et l'adolescent qui est largement documenté, les interventions basées sur les bonnes pratiques auprès des enfants sont peu nombreuses ce qui peut expliquer la pratique actuelle des infirmières qui ne correspondent pas toujours aux meilleures pratiques. La prochaine section aborde les principaux résultats en lien avec l'environnement.

5.3.1 L'environnement. Nos résultats font ressortir deux éléments liés à l'environnement qui influencent le PERS. Tout d'abord, l'évaluation à distance sans contact direct avec l'enfant ou l'évaluation effectuée à partir de données secondaires rend le PERS plus compliqué pour les infirmières et contribue à leur sentiment d'insécurité. Ce résultat rejoint les écrits de Scheckel et Nelson (2014) au sujet de l'insécurité ressentie par les étudiantes infirmières lorsqu'elles doivent effectuer un PERS chez l'adulte et qu'elles ont seulement lu le dossier préalablement à la rencontre.

Ensuite, les infirmières rencontrées ont mentionné qu'il est plus sécurisant de travailler en équipe que de travailler seule. En effet, des auteurs comme Jansson et Hallgren Graneheim (2018) ainsi que Waern et al. (2016) stipulent que la collaboration interprofessionnelle peut avoir des effets positifs sur l'insécurité de l'infirmière lors du PERS des adultes. Autrement dit, le fait de pouvoir partager avec des collègues ses perceptions permet entre autres à l'infirmière de diminuer ses sentiments d'insécurité, de tristesse et d'incompréhension, ainsi que d'impuissance face à cette évaluation. À cet égard, ceci correspond à une étude sur l'expérience des infirmières en santé mentale travaillant à domicile dans des régions éloignées en Suède, qui mentionne que les infirmières voulaient partager leurs expériences, entendre celles des autres et observer l'évaluation faite par des collègues afin de développer leurs habiletés et, ainsi, diminuer leur sentiment d'insécurité (Jansson et Hallgren Graneheim, 2018). D'un autre point de vue, l'étude qualitative

descriptive suédoise de Waern et al. (2016) portant sur l'expérience de psychiatres lors de l'évaluation du risque suicidaire auprès de patients adultes révèle que les psychiatres éprouvent parfois de la peur, de l'anxiété, de la solitude et qu'ils vivent de l'insécurité et du désespoir lorsqu'ils procèdent à l'évaluation du risque suicidaire. Toutefois, les psychiatres ont mentionné, parmi les stratégies utilisées pour atténuer ces sentiments, que de parler à un collègue ou aux autres membres de l'équipe de soins est bénéfique. Ainsi, le fait de collaborer avec d'autres professionnels peut aider à diminuer l'intensité émotionnelle qui est la principale conséquence du PERS pour les infirmières.

Les résultats rapportés dans les études de Jansson et Hallgren Graneheim (2018) et de Waern et al. (2016) correspondent à ceux présentés dans notre recherche. Plus précisément, les infirmières nous ont déclaré que la collaboration avec la psychologue, la travailleuse sociale, la psychoéducatrice et le médecin était bénéfique. En effet, les infirmières étaient alors plus rassurées puisqu'elles pouvaient discuter entre autres de la dynamique familiale, ainsi que des facteurs de risque et de protection présentés par l'enfant. Dans ce sens, Grant et Lusk (2015) proposent le *Therapeutic risk management of suicidal patient* (TRMSP) afin d'évaluer et traiter les patients à risque de suicide dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire. Il s'agit d'outils structurés pour que chaque professionnel impliqué puisse discuter de la sévérité du risque, permettant de développer en équipe et documenter un plan de sécurité auprès d'une population adulte. Selon Grant et Lusk (2015), les impressions sur la sévérité du risque de chaque intervenant sont bien détaillées dans cet outil, ce qui permet à l'infirmière d'être « rassurée » car l'évaluation du risque suicidaire s'effectue en collaboration, tempérant l'insécurité ressentie devant un adulte à risque de suicide. Bien que ce modèle n'ait pas été documenté auprès d'une clientèle pédiatrique, nous croyons qu'il serait adaptable pour les infirmières et les autres professionnels qui travaillent auprès de ces patients.

Enfin, les infirmières rencontrées ont discuté à quelques reprises de l'importance d'adapter l'environnement dans lequel se passe l'évaluation à l'enfant, d'en faire un lieu créatif et ludique. Plus particulièrement, le jeu et le dessin, en clinique, agissent comme des leviers pour comprendre l'enfant et pour qu'il puisse se comprendre lui-même (Caldairou-Besette, Johnson-Lafleur, Nadeau, Vachon et Rousseau, 2020). Peu d'écrits consultés dans la littérature adulte font mention de ce résultat. Cela est compréhensible puisque la préoccupation de l'adaptation de l'environnement semble être motivée par le stade développemental de l'enfant, celui-ci s'exprimant plus aisément dans un espace ludique (Montreuil, Butler, Stachura et Pugnaire Gros, 2015 ; Delaney, Cooper et Nshemerewire, 2018). Ce résultat s'avère donc une particularité à prendre en considération dans le PERS chez l'enfant.

5.3.2 Phase 1 : Comprendre le sens de la détresse. Abordons maintenant les résultats principaux présentés lors de la phase 1 : comprendre le sens de la détresse. Les éléments importants à discuter dans cette phase sont le manque de confiance exprimées par certaines infirmières, les caractéristiques de l'infirmière qui influencent sa compréhension de la détresse et les caractéristiques des enfants et des parents qui influencent aussi cette phase.

5.3.2.1 Manque de confiance des infirmières. Dans cette phase, nos résultats sont marqués par le manque de confiance de l'infirmière, même si celle-ci semble croître avec l'expérience. Ce manque de confiance se manifeste par la peur de causer du tort ou de ne pas dire les bonnes choses. Ce résultat rejoint les écrits de Scheckel et Nelson (2014) et de Valente (2011), qui ont remarqué cette peur auprès d'étudiantes infirmières et d'infirmières travaillant avec des adultes. Différentes hypothèses peuvent expliquer ce manque de confiance. Outre les cas où l'évaluation se fait à distance ou par professionnels interposés, l'absence de collaboration et le manque de formation

sont rapportés dans notre étude et sont notés également dans les études de Bertz et al. (2013), de Norheim et al. (2013), ainsi que Valente (2011). Plus précisément, Ridge Anderson et al. (2003) soulignent que le manque de connaissances et d'habiletés a été ciblé comme un élément contribuant à l'insécurité de l'infirmière, ce qui correspond en partie aux résultats de notre étude. À cet égard, rappelons que la majorité des infirmières (9/11) de notre échantillon disent avoir suivi une formation sur la prévention du suicide auprès des adultes, mais aucune au sujet des enfants de moins de 12 ans précisément, ce qui pourrait contribuer à leur sentiment d'insécurité lors du PERS auprès des enfants.

5.3.2.2 Les caractéristiques des infirmières qui influencent la compréhension de la détresse. Dans cette phase du PERS, deux caractéristiques de l'infirmière attirent également notre attention. La première est la difficulté d'aborder le sujet du suicide auprès des enfants de 5 à 12 ans, en lien avec le tabou du suicide et son corollaire, le déni de ce phénomène. Les écrits recensés vont dans cette direction, peu importe l'âge des patients (Anderson, Standen et Noon, 2003; Hagen, Knizek et Hjelmeland, 2017). Selon de nombreuses infirmières, le suicide est un sujet tabou, délicat et privé (Awenat, Peters, Shaw-Nunez, Gooding, Pratt et al., 2017; Jansson et Graneheim, 2018). En fait, les infirmières trouvent que le suicide est un sujet très personnel (Awenat et al., 2017) et d'autres craignent de provoquer ou déclencher des idées ou comportements suicidaires si elles en parlent, rejoignant ainsi les croyances parentales (Jansson et Graneheim, 2018). Récemment, Gilmour, Ring et Maxwell (2019) ont effectué une étude méta-ethnographique qui rapporte que les parents ne désirent pas davantage parler de suicide lorsque l'adolescent va mieux malgré les antécédents d'idées ou des comportements suicidaires, par crainte de réactiver la possibilité du suicide. Ainsi, même si cette étude s'intéresse à la population adolescente, elle rejoint les craintes de certaines participantes de notre étude. De plus, aborder le sujet du suicide pour certaines

participantes de notre étude engendre une peur de représailles des parents, ce qui est également documenté dans l'étude de Valente (2011) au sujet de patients adultes.

Il est également difficile d'aborder le sujet du suicide auprès des parents pour les mêmes raisons, mais aussi parce que ces derniers ont peur d'être jugés dans leurs compétences parentales. La peur d'aborder le sujet du suicide avec les parents est rapportée par trois participantes. En effet, selon elles, il est difficile d'aborder ce sujet puisque les parents peuvent avoir peur d'être jugés dans leurs compétences parentales. Cette peur est toutefois peu abordée dans la littérature scientifique.

La deuxième caractéristique des infirmières qui ressort dans cette première phase du PERS est l'hypervigilance ou la surévaluation du risque. Ceci semble se produire lorsque l'infirmière a vécu le suicide d'un proche ou lorsqu'elle a elle-même des enfants du même âge. Ainsi, le fait d'avoir une expérience personnelle en lien avec le suicide et la parentalité influencent l'attitude de l'infirmière et son évaluation. Sur le premier facteur, Scheckel et Nelson (2014) soutiennent que des deuils non résolus chez les étudiantes infirmières affectent leurs habiletés à évaluer et soigner les patients adultes à risque de suicide. Ainsi selon ces auteurs, le fait d'avoir des expériences antérieures ou un vécu en lien avec le deuil influencerait les soins offerts aux patients à risque de suicide. Cette influence des expériences antérieures ou du vécu de l'infirmière a été souligné également par nos participantes et particulièrement par celles qui avaient des enfants âgés de moins de 12 ans. Elles spécifient devoir être vigilantes afin de garder une distance émotionnelle et ne pas être trop influencées par leur propre vécu et leurs expériences antérieures afin de pouvoir prendre des décisions judicieuses pour l'enfant et les parents.

5.3.2.3 Les caractéristiques des enfants et des parents qui influencent la phase 1. Deux caractéristiques des enfants et des parents sont également importantes dans cette première phase

du PERS. Tout d'abord, les infirmières rencontrées ont discuté de la conception de la mort et de la psychopathologie des enfants comme des facteurs d'influence du PERS. En effet, l'enfant est en développement et ses capacités/comportements/cognitions sont extrêmement variables entre 6 ans et à 12 ans. L'absence d'homogénéité développementale, contrairement à l'adulte, ainsi que le peu de formation des infirmières à la fois sur le risque suicidaire et les stades de développement des enfants complexifient la compréhension du sens de la détresse par les infirmières. Ce résultat rejoint les écrits de Horowitz et al. (2014) qui soulignent l'importance de considérer les stades de développement de l'enfant lors du PERS. Pour ce qui est des psychopathologies, l'hypothèse de la présence d'un trouble de santé mentale liée au fait que les enfants consultent en santé mentale fait en sorte que les participantes cherchent plus rapidement à comprendre le sens de la détresse des enfants. Ainsi, lorsqu'elles sont conscientes qu'une psychopathologie existe chez l'enfant ou dans sa famille, elles tentent davantage de comprendre le sens de la détresse exprimée. Cette influence de la psychopathologie sur le PERS est également présente dans l'étude de Sarkar et al. (2010), qui rapportent qu'il existe des antécédents familiaux de psychopathologie pour 37% des cas de comportements suicidaires. Elle est également présente dans l'étude de Ben-Yehuda et al. (2012), qui indique la présence de troubles de l'adaptation chez 38,5% des moins de 12 ans à risque de suicide (N=39).

Enfin, les infirmières ont rapporté que les parents peuvent être dans le déni face aux propos ou au risque suicidaire de leur enfant et que cela serait en lien, selon elles, avec le tabou du suicide tel qu'exploré plus haut. En effet, pour certains parents, l'annonce que leur enfant présente un risque suicidaire s'avère un choc, surtout quand les signes avant-coureurs n'ont pas été détectés. À cet égard, Machado (2017) indique que les adultes ont plutôt tendance à minimiser ou nier l'importance des problèmes associés aux inquiétudes des enfants. En fait, les enfants peuvent vivre des conflits avec les pairs, des conflits familiaux ou encore obtenir de mauvais résultats scolaires

ce qui peut entraîner une grande détresse chez eux. Par conséquent, lorsque l'adulte minimise les problèmes inquiétant les enfants, il peut éprouver de la difficulté à percevoir la détresse. Ainsi, l'infirmière doit parfois aller au-delà de la perception des parents et tenter, avec l'enfant, de comprendre le sens de sa détresse.

Il apparaît donc que les résultats de la première phase du PERS, comprendre le sens de la détresse, sont en lien avec les écrits portant sur l'évaluation du risque chez l'adulte et chez l'adolescent. Ainsi, les infirmières peuvent vivre de l'insécurité, sentent qu'elles manquent de formation, que le sujet est difficile à aborder et que leurs expériences antérieures et leur vécu peut influencer leur façon de procéder. Toutefois, le PERS chez les enfants se distingue lorsqu'il est question d'adapter l'environnement et la façon de procéder à l'évaluation en fonction du stade de développement de l'enfant, ainsi que pour ce qui est des parents qui peuvent avoir davantage tendance à minimiser la détresse vécue par leur enfant.

5.3.3 Phase 2 : assurer la sécurité. En ce qui a trait à la phase qui consiste à assurer la sécurité pour l'enfant et ses parents, trois principaux résultats seront discutés ici. Le premier est l'oscillation de l'infirmière entre sympathie et empathie en considérant son rapport avec l'enfant et les parents. Le deuxième est la présence constante dans les entretiens de l'importance de susciter l'espoir. Le troisième est le lien étroit que les infirmières ont relevé entre la disponibilité parentale et la sécurité de l'enfant.

5.3.3.1 L'oscillation entre sympathie et empathie. L'attitude de l'infirmière envers les patients suicidaires a des effets directs sur leur sécurité, leur pronostic et la qualité des soins (Anderson et Standen, 2007; Stevens et Nies, 2018). Selon ces auteurs, l'infirmière qui a une attitude positive, c'est à dire qu'elle prend conscience de l'émotion et du vécu de la personne peut

contribuer à prévenir de nouvelles tentatives. Certains éléments peuvent affecter l'attitude des infirmières face aux personnes qu'elles côtoient dans sa pratique. À cet égard, nos résultats sur le PERS montrent que la majorité des infirmières (7/11) avait au moins un enfant âgé de moins de 12 ans, ce qui pouvait influencer leur posture empathique. En fait, comme l'ont bien exprimé les participantes, pour elles, être mère d'un enfant du même âge rend plus difficile la manifestation de l'empathie durant tout le processus. Devant la détresse de l'enfant, l'infirmière, elle-même mère, devient touchée à un point tel qu'il est ardu de maintenir la distance psychologique nécessaire pour bien comprendre le sens de la détresse de l'enfant et assurer la sécurité. Cette situation est similaire avec une autre étude qui parle du vécu émotif des infirmières lors de l'évaluation du risque suicidaire. En effet, l'étude de Hagen et al. (2017) indique que les infirmières vivent diverses émotions et ont différentes manières de les exprimer. Elles doivent donc les réguler, c'est à dire maintenir un équilibre entre leur implication émotionnelle et une distance thérapeutique afin de procurer des soins de qualité au patient, mais aussi pour le maintien d'une bonne santé personnelle.

Une façon de prendre conscience de son attitude en tant qu'infirmière et de l'impact de celle-ci sur les soins offerts est la pratique réflexive. Selon Lavoie, Boyer, Pepin, Goudreau, Fima et al. (2017), la pratique réflexive peut permettre d'identifier les facteurs plus personnels de l'infirmière qui peuvent influencer son jugement clinique, tels que des émotions ressenties pendant la situation. Or, pour faire ces apprentissages, il faut réfléchir *dans* l'action et *sur* l'action. Selon Tanner (2006), réfléchir dans l'action permet d'être sensible à la réponse du patient et à l'évolution de la situation, tandis que réfléchir sur l'action permet de prendre conscience des apprentissages réalisés et de cibler ce qu'on doit développer. Les participantes qui identifient ce qu'elles ressentent et qui ajustent leurs actions en conséquence facilitent la compréhension du sens de la détresse de l'enfant. En effet, de cette façon, l'infirmière est plus alerte à la réponse de l'enfant et de sa famille

et ce, durant les deux phases du PERS. La pratique réflexive permet une meilleure compréhension des impacts positifs et négatifs entourant le PERS chez les enfants et enrichit les connaissances sur cette expérience de soins. Un autre résultat appréciable est l'importance de susciter l'espoir. Le paragraphe suivant traite de ce sujet.

5.3.3.2 L'importance de susciter l'espoir. L'importance de susciter l'espoir tout au long du PERS a été soulignée par les participantes de notre étude. Ceci correspond aux écrits du MSSS (2010), Archambault, Collins-Poulette et Camirand (2010), de Bolster, Holliday, O'Neal et Shaw (2015), de Hagen et al. (2017) ainsi que de Vatne et Naden (2018). Ces auteurs parlent de l'importance de soulager la détresse psychologique et d'amener la personne à imaginer un futur qui vaut la peine d'être vécu sous forme de but à atteindre. Pour ce faire, Le guide de bonnes pratiques en prévention du suicide (MSSS, 2010) suggèrent diverses stratégies comme la question miracle. Il s'agit de demander : « Qu'est-ce qui sera différent quand le problème sera réglé? » Elle permet à la personne de penser à la situation vécue de manière moins pénible et d'envisager que cela puisse aller mieux. Cette stratégie pour aborder l'espoir est assez similaire à celle décrite par nos participantes. En effet, lors du PERS, selon l'âge de l'enfant, les infirmières demandent quels sont les trois vœux qui pourraient être réalisés ou encore avec la baguette magique (jouet) qu'est-ce qui pourrait être changé. Pour les infirmières, ce genre de questions facilite la compréhension du sens de la détresse et permet de constater si l'enfant se projette dans l'avenir, ce qu'elles considèrent comme un indice affectant favorablement la sécurité de l'enfant. De plus, l'étude qualitative de Vatne et Naden (2018) conduite auprès d'adultes soignés suite à une tentative de suicides révèle que les rencontres avec le personnel de la santé ainsi qu'une culture de soins humaniste suscitent l'espoir. Le dialogue et la coopération qui sont au cœur des soins humanistes améliorent les habiletés des patients à vivre avec leur détresse et renforcent leur sécurité, l'espoir

ainsi que le désir de vivre. Ces résultats s'inscrivent dans la même perspective que le modèle humaniste des sciences infirmières-UdeM qui est en toile de fond de ce projet de recherche et dont les valeurs sont partagées par les participantes de notre étude. Ainsi, l'infirmière explore le sens que la Personne (l'enfant et ses parents) attribue à son expérience de santé, prend le temps de discuter de ses préoccupations ou fait la promotion de l'espoir (Cara et al., 2016).

5.3.3.3 Le lien étroit entre la disponibilité parentale et la sécurité de l'enfant. Un autre résultat important de la phase 2 du PERS est le lien étroit qui existe, selon les participantes, entre la disponibilité parentale et la sécurité de l'enfant. Pour les infirmières qui travaillent avec des enfants et plus spécifiquement lors du PERS, il est essentiel de considérer la dynamique entre les enfants et leurs parents afin d'assurer la sécurité. Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté que trois éléments inclus dans cette dynamique ont été plus particulièrement identifiés par les infirmières. Il s'agit du déni ou de la minimisation de la détresse de l'enfant par le parent, de l'état de santé mentale des parents, ainsi que des relations conflictuelles dans la famille (Machado, 2017; Nadeem, Santiago, Kataoka, Chang et Stein, 2015; Stewart, Celebre, Hirdes et Poss, 2020). Le déni ou la minimisation de la détresse de l'enfant abordé précédemment peut agir sur les moyens à entreprendre pour assurer la sécurité de l'enfant. Des parents qui minimisent peuvent ne pas saisir l'ampleur de la problématique et l'urgence de l'intervention (Nadeem et al., 2015). L'infirmière doit alors assurer une aide extérieure pour les soutenir et assurer la sécurité du jeune.

Au sujet de la santé mentale, Valloton, Harewood, Froyen, Bruphy-Herb et Ayoub (2016) stipulent que l'état de santé du père et de la mère peut affecter le développement des enfants. Dans leur étude sur l'expérience des enfants vivant avec un parent présentant un trouble de santé mentale, Yamamoto et Keogh (2017) mentionnent que la maladie comme la dépression peut engendrer un stress supplémentaire chez les enfants. En fait, Stewart et al. (2020) précisent, dans leur article à

propos du développement et de la validation d'un algorithme servant à identifier le risque élevé de suicide chez les adolescents en santé mentale, que certains parents ne possèdent pas les stratégies d'adaptation nécessaires afin d'aider l'enfant à naviguer à travers les situations difficiles. Par conséquent, ils sont moins disponibles pour comprendre le jeune et assurer sa sécurité. Or, ceci correspond à ce que les infirmières ont noté lors de notre étude. La souffrance des parents les rend moins disponibles à assurer la sécurité de l'enfant et à l'accompagner afin qu'il trouve des stratégies pour soulager sa détresse. Dans un tel contexte, l'infirmière doit donc agir différemment pour assurer la sécurité de l'enfant en demandant du soutien extérieur.

Les infirmières ont également identifié que les relations conflictuelles dans la famille représentent un obstacle à la sécurité d'un enfant à risque de suicide comme le mentionnent également Berthod et al. (2013), Stordeur (2013) et Orbain et Malchair (2010). Tout d'abord, les relations conflictuelles familiales comprennent deux volets. Il y a les relations conflictuelles entre les parents et les relations conflictuelles qui surviennent entre les parents et leurs enfants (Notko et Sevon, 2018). Lors des conflits intraparentaux, ces auteurs indiquent que la sécurité émotionnelle de l'enfant peut être compromise par les disputes sévères allant même jusqu'à la violence psychologique et physique. Ainsi, les parents en désaccord ne sont pas en mesure d'être à l'écoute des besoins de l'enfant. De tels conflits entre les parents ou les beaux-parents ont également été observés par les participantes, les incitant parfois à demander à certaines personnes de sortir de la salle durant l'entretien. Deux participantes ont témoigné de cette situation dans notre étude. Dès lors, il devient plus complexe pour l'infirmière d'assurer la sécurité de l'enfant. En fait, il est plus ardu d'évaluer concrètement si le parent sait comment intervenir pour soutenir l'enfant.

Pour ce qui est des conflits entre les parents et les enfants, Sakar et al. (2010) soutiennent que ce genre de conflit est un facteur précipitant des propos ou comportements suicidaires chez les enfants de moins de 12 ans. Ainsi, il est essentiel pour l'infirmière, lors du PERS, d'évaluer la

dynamique et d'identifier ce conflit afin d'intervenir adéquatement pour assurer la sécurité de la famille, tel que mentionné dans un article clinique portant sur la prise en charge de la tentative de suicide chez l'enfant (De Becker, 2014). Ces données correspondent à ce que les infirmières de notre étude nous ont dévoilé : souvent, ce qui a fait « déborder le vase » pour l'enfant et qui a entraîné la consultation, c'est une mésentente avec sa mère ou son père. Parfois, pour la sécurité de tous, quand l'enfant ne requiert pas une hospitalisation mais que les parents sont incapables d'assurer sa sécurité, l'infirmière doit faire un signalement à la DPJ. Celui-ci peut aller en foyer ou en famille d'accueil.

Ainsi, les résultats en lien avec la phase 2 du PERS, assurer la sécurité de l'enfant, sont en lien avec les écrits existants. Tout comme pour la population adulte et adolescente, les infirmières tentent de susciter l'espoir chez l'enfant. De plus, afin d'assurer adéquatement la sécurité des enfants, l'infirmière considère la disponibilité du réseau qui, dans le cas de l'enfant, est ses parents. Si les parents ne sont pas disponibles en raison d'un problème de santé mentale ou de conflits, elle doit mettre en place des mesures alternatives. Une particularité par contre de cette phase chez l'enfant est l'oscillation entre l'attitude empathique et sympathique chez l'infirmière.

5.3.4 Éléments peu abordés par les infirmières de notre étude. Parmi les éléments peu abordés dans cette étude, soulignons la faible utilisation d'outils pour soutenir l'évaluation du risque et la faible présence d'enjeux culturels dans le PERS.

5.3.4.1. L'utilisation des outils validés lors du PERS. Dans notre étude, la majorité des infirmières nous ont mentionné qu'elles apprécieraient pouvoir utiliser des outils pour faciliter le PERS chez l'enfant. Toutefois, elles ne semblaient pas connaître ceux existants, validés et disponibles en français (Heise et al., 2016). D'ailleurs, deux infirmières de notre échantillon ont

elles-mêmes créé des « outils-maison » qu'elles utilisent dans le cadre de leurs évaluations. Il s'agit en fait d'un formulaire contenant une liste de questions au sujet des principaux facteurs de risque et de protection à considérer chez les enfants. Or, Chun, Mace, Kartz (2016), dans un rapport clinique s'adressant aux pédiatres américains, rappellent l'existence des outils d'évaluation du risque suicidaire qui sont validés et qui peuvent soutenir la prise de décision clinique lors de l'évaluation du risque suicidaire, mais soulignent que ces outils ne peuvent prédire à 100% l'occurrence d'un suicide ou encore le niveau de soins requis pour une personne présentant un risque léger, modéré ou élevé. Par conséquent, ces outils peuvent procurer une certaine sécurité en rappelant les connaissances sur les facteurs à regarder pour comprendre le sens de la détresse de l'enfant et assurer la sécurité en facilitant la communication et la collecte de données (Patterson, 2016). Toutefois, Patterson (2016) ajoute que les outils ne peuvent pas remplacer le jugement clinique infirmier requis et ne peuvent sécuriser totalement l'infirmière sur le fait que l'enfant ne tentera pas de se suicider, ainsi que sur les mesures à mettre en place pour assurer sa sécurité. De même, Carter et Spittal (2018) dans leur éditorial au sujet de l'évaluation du risque suicidaire mentionnent que d'autres approches que celle impliquant la détermination d'un niveau de risque sont nécessaires. Ils précisent que la prédiction du risque devrait être abandonnée et l'engagement véritable avec les patients devrait être encouragé afin de comprendre leurs problèmes et les circonstances qui les entourent.

Bref, les participantes de l'étude ne semblent pas connaître les outils validés qui existent et pour cette raison, il est primordial de les leur présenter et de les former à leur utilisation. Toutefois, il importe de leur rappeler que ces outils ne peuvent remplacer le jugement clinique et que peu importe l'outil utilisé, il n'en n'existe aucun qui puisse leur permettre de se sentir complètement en sécurité face au risque suicidaire d'un enfant et aux interventions à faire pour assurer sa sécurité

et celle de ces parents. Néanmoins, ces outils peuvent être utiles pour soutenir le jugement clinique de l'infirmière, comme il est mentionné dans l'étude de Regehr et al. (2016).

5.3.4.2 Diversité culturelle et le PERS chez l'enfant. Le contexte culturel affecte le déroulement du PERS auprès des patients de tout âge, même si nous ne disposons pas de données concernant directement les enfants. Selon Goldston, Molock, Whitbeck, Murakemi, Zayas et Hall (2008), les comportements suicidaires et la demande d'aide des adolescents à risque s'effectuent dans un contexte culturel particulier. Ce contexte est associé avec des facteurs de risque et de protection différents, des réactions et des interprétations différentes, ainsi qu'avec différentes manières d'obtenir de l'aide. Les intervenants qui ont une sensibilité culturelle peuvent intervenir plus efficacement en prévention du suicide. Or, dans notre étude, une seule participante a mentionné avoir été confronté à des enjeux culturels dans le cadre du PERS. Deux hypothèses sont envisageables. La première hypothèse est que les infirmières de notre échantillon provenaient d'une même culture ou partageaient une pratique culturelle similaire aux patients et aux familles rencontrés et donc que des différences culturelles n'«étaient pas soulevées lors du PERS. En effet, la plupart des participantes étaient d'origine caucasienne et travaillaient auprès de famille ne faisant pas partie de la diversité culturelle. Toutefois, lorsque des différences culturelles surviennent comme ce fut le cas avec la famille qui souhaitait protéger l'enfant du suicide par la prière, l'infirmière demeure sensible aux aspects culturels entourant l'expérience de soins de cette famille, intervient en donnant de l'information permettant d'assurer la sécurité de l'enfant et des parents. La deuxième hypothèse est que les infirmières ont peu développé leur sensibilité culturelle lors des deux phases du PERS. Par contre, dans la mesure où nous croyons que les participantes faisaient preuve d'une posture humaniste dans les soins qu'elles offraient, il est probable que cette posture

les amène à reconnaître l'unicité de chaque personne rendant caduque cette deuxième hypothèse. Il faudrait valider par des études ultérieures ces hypothèses.

En somme, deux éléments notables ont été peu abordés lors de notre recherche. Il s'agit de l'utilisation d'outils d'évaluation clinique validés et de la sensibilité culturelle pouvant affecter le PERS chez l'enfant. Au sujet des outils, rappelons qu'ils servent à explorer les facteurs de risque et de protection mais n'aident pas à déterminer un niveau de risque et les interventions requises selon ce niveau. Pour la diversité culturelle, elle a été traitée brièvement, possiblement en raison de l'homogénéité culturelle de notre échantillon. Les critères de scientificité ayant servi lors de cette étude font l'objet du paragraphe suivant.

5.4. Les critères de scientificité

Les critères de crédibilité, d'authenticité, d'intégrité, de transférabilité ainsi que de fiabilité, tels que décrits par Cuba et Lincoln (1989) ont été utilisés pour cette étude. La crédibilité de nos résultats s'est améliorée tout au long de l'étude. Tout d'abord, les habiletés de l'étudiante chercheuse à explorer en profondeur le PERS tel qu'appliqué par les participantes et le contexte dans lequel il se déroule et à prendre de la distance par rapport à son rôle de clinicienne se sont peaufinées au fil du temps, de sorte que les données ont gagné en profondeur à la mi-parcours, ce qui a pu avoir un impact positif sur le critère de crédibilité. Puis, la doctorante a rapporté fidèlement tout au long de la section des résultats le verbatim des participantes. Finalement, les informations provenant de la lecture de l'outil de collecte de données remis par certaines infirmières en plus de ce qu'elles nous ont mentionné durant les entrevues ont permis d'avoir une meilleure compréhension des éléments composant le processus d'évaluation auprès des 12 ans et moins ainsi que des interactions entre eux. Pour l'authenticité, les étapes de la théorisation ancrée ont été respectées lors de l'analyse et l'interprétation des données. Même si les analyses n'ont pu être

complétées entre chacun des entretiens, nous avons pris les moyens pour noter dans un journal de bord les hypothèses afin de pouvoir les aborder avec les participantes suivantes, comme suggéré par Strauss et Corbin (1998). L'intégrité de la recherche ou encore le contrôle de qualité a été assuré en respectant les diverses étapes et en notant les démarches et choix méthodologiques dans le journal de bord. De plus, les données ont été analysées et discutées de manière anonyme avec les directrices de ce projet. Finalement, le rapport s'est fait en relatant les propos des participantes, permettant « d'ancrer » les données et donc certifiant qu'elles proviennent des infirmières. Des présentations partielles de résultats lors de colloques ont permis de valider et d'enrichir l'interprétation des données. Pour rencontrer le critère de transférabilité, un effort important a été fait pour décrire les caractéristiques sociodémographiques des participantes ainsi que leur contexte organisationnel de travail. Ces éléments permettent d'évaluer si ces résultats s'appliquent à d'autres contextes. Finalement, la fiabilité a été assurée en respectant le processus de recherche tel qu'il a été prévu, comme en témoigne le chapitre 3.

5.5 Limites de l'étude

Malgré tous les efforts faits pour maximiser les forces de cette étude, il n'en demeure pas moins que certaines limites ont été notées. Une de ces limites a trait à la catégorisation même du groupe d'âge des enfants lors du PERS. À des fins de regroupement, la catégorie 5 à 12 ans est régulièrement utilisée dans les études sur le suicide. Toutefois, pour la formation des infirmières, entre autres, les écarts développementaux, notamment au plan cognitif, pourraient être discutés. Une catégorisation plus fine de 5 à 8 ans et de 9 ans à 12 ans pourrait être plus appropriée pour tenir compte du concept de mort, qui apparaîtrait dans son entièreté vers 9 ans. Néanmoins, compte tenu de la rareté du phénomène donc du petit nombre, cela rendrait plus difficile de déceler les différences entre les groupes.

Certaines limites liées aux participantes ont été identifiées dans notre étude, telles que le biais de rappel, la désirabilité sociale, la différence entre les sexes, ainsi que l'absence de diversité culturelle dans notre échantillon. Cette recherche était de type rétrospectif, c'est-à-dire que la chercheuse demandait aux participantes de se rappeler d'informations reliées au PERS, provoquant ce que Grove et al. (2013) appellent un biais de rappel. Les participantes pouvaient ne pas se souvenir ce qui a été fait ou bien de ce qu'elles ont pensé et ressenti durant le processus.

La seconde limite identifiée en lien avec les participantes correspond à la désirabilité sociale. Il s'agit du biais qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable vis-à-vis du chercheur. Dans le cas de notre étude auprès des infirmières, il est possible de penser que les infirmières rencontrées voulaient « plaire » à l'étudiante chercheuse qui était aussi, au moment des entrevues, une infirmière conseillère-cadre en tentant de donner ce qui leur semble être la bonne réponse. En d'autres termes, elles voulaient peut-être démontrer leur compétence. Afin de pallier cette limite, les participantes ont été informées avant le début de l'entrevue qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, comme le suggèrent Guillemette et Boisvert (2003). À ce sujet, ces auteurs ajoutent qu'il est essentiel de désamorcer la peur d'être jugé, évalué ou même sanctionné à cause des réponses données au cours de l'entrevue. L'étudiante chercheuse a gardé cet élément en tête lors des entrevues, afin de créer une ambiance propice aux échanges sans jugement.

Une dernière limite en lien avec les participantes est liée à une certaine homogénéité des participants aux niveaux du sexe et de la culture. Bien qu'un effort ait été fait pour obtenir une diversité dans le sexe des participants, seulement deux infirmiers masculins ont participé à l'étude. Il aurait pu être intéressant d'en avoir plus afin de voir si l'oscillation entre l'empathie et la sympathie et l'intensité émotionnelle auraient autant été présentes avec un échantillon davantage masculin. Pour ce qui est de l'absence de diversité culturelle, il aurait pu être intéressant de voir si des participantes avec des valeurs et croyances différentes auraient pu identifier des différences

dans le PERS, comme cela a pu être identifié dans la recension des écrits (Talseth et Gilje, 2011; Valente, 2010).

5.6 Forces de l'étude

Malgré une certaine homogénéité de sexe et de culture au sein de notre échantillon, il a été possible de construire un échantillon d'infirmières provenant de différentes installations et de différentes régions du Québec. De plus, les participantes étaient d'âge et de niveau d'expertise différents. Par conséquent, l'échantillon construit est tout de même assez hétérogène. Il est possible de penser que cela peut favoriser la transférabilité des résultats. Autrement dit, les différentes caractéristiques de l'échantillon pourraient permettre à d'autres professionnels de reconnaître certaines similitudes et ainsi juger de la transférabilité des résultats dans leur pratique.

Les divers échanges et rencontres entre l'étudiante chercheuse et ses directrices ont permis de s'assurer régulièrement de la validité des résultats. Les directrices ont eu accès aux *verbatim*, à des schémas effectués après chaque résumé des entrevues ainsi qu'au modèle final schématisant le processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans afin de discuter de l'interprétation des données faite par l'étudiante chercheuse. Ceci a favorisé la validation des résultats tout au long de l'étude.

Une autre force est en lien avec l'expérience de la doctorante comme infirmière spécialisée en santé mentale jeunesse. À cet égard, Holloway et Galvin (2017) mentionnent que plusieurs professionnels conduisant des recherches sont intéressés par les idées et les perceptions de leurs collègues. Or, selon ces auteurs, ceci peut avoir des avantages ou des désavantages. Dans le cas actuel, la doctorante considère qu'il s'agit d'un avantage. En effet, la compréhension de la culture des participantes autour de ce sujet sensible s'est avérée plus facile puisque l'étudiante chercheuse connaissait bien l'univers des soins infirmiers en santé mentale jeunesse. Toutefois, comme

Holloway et Galvin (2017) le mentionnent, il fallait demeurer vigilante afin de faire de la place aux nouvelles interprétations. Ceci a été plus difficile au début de l'étude, mais avec l'aide de ses directrices, l'étudiante chercheuse a été capable d'en prendre conscience. Ainsi, elle a pu départager ses interprétations personnelles de celles des participantes et de partir des *verbatim* pour construire les concepts et les catégories constituant le processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans.

Pour terminer, le fait de comprendre, décrire et schématiser ce processus d'évaluation qui, à notre connaissance, n'a pas été étudié est une force incontournable de cette étude. En fait, les résultats sont utiles pour l'enseignement, la pratique, la gestion ainsi que la recherche non seulement en soins infirmiers, mais également aux autres professionnels œuvrant auprès des enfants. De plus, les résultats sont pertinents pour le milieu de la prévention du suicide chez les enfants. La section suivante traite des retombées dans ces différents domaines.

5.7 Recommandations pour la discipline infirmière

La discipline infirmière comprend quatre grands volets : celui de la recherche, celui de la gestion, celui de la formation et celui de la clinique. Étant infirmière, nous souhaitons contribuer au développement des savoirs en sciences infirmières. Toutefois, le fait de « *comprendre le sens de la détresse* » des enfants pour prévenir le suicide n'est pas seulement limité aux infirmières et les recommandations peuvent être utiles à d'autres disciplines du domaine de la santé et des services sociaux. La section suivante traite donc de ces recommandations.

5.7.1 Recommandations pour la recherche. A la lumière des principaux résultats obtenus, il serait intéressant d'approfondir la compréhension de l'influence de l'environnement autant organisationnel que physique sur le PERS auprès des enfants puisque peu ou pas d'études ont été réalisées à ce jour. Ainsi le fait d'adopter une perspective plus organisationnelle pour étudier le

processus pourrait être intéressante. Par ailleurs, maintenant que nous comprenons un peu mieux le PERS selon la perspective de l'infirmière, nous croyons qu'il serait intéressant de conduire des recherches afin de comprendre la perspective de l'enfant, celle des parents, ainsi que celle d'autres professionnels œuvrant auprès des enfants afin d'enrichir les connaissances à ce sujet.

Ainsi, malgré la complexité des enjeux éthiques, il serait intéressant d'en savoir plus sur l'expérience de l'enfant à risque de suicide. Une telle compréhension pourrait aider l'infirmière à mieux comprendre le sens de la détresse et à adapter l'intervention au contexte de l'enfant. Par exemple, il serait pertinent de connaître le déroulement du processus de la crise suicidaire chez les enfants selon le stade développemental de l'enfant qui présente une grande variabilité selon que l'enfant a 5 ans ou 12 ans. Dans cette optique, Vandevorde (2015) mentionne que bien que le processus de la crise suicidaire doive être étudié avec précaution, puisqu'il est impossible de prédire le suicide, il n'en demeure pas moins qu'il permettrait au clinicien de voir plus clair dans la chronologie de l'activité suicidaire, de dresser un portrait clinique du processus et de prendre des décisions rationnelles. En fait, puisque l'infirmière, en collaboration avec d'autres professionnels, doit décider de l'orientation de l'enfant vers des services, du type et du contenu du traitement à lui proposer, ainsi que des mesures à prendre pour assurer sa sécurité, elle doit avoir un portrait le plus juste possible de la situation et tenir compte du stade développemental de l'enfant. Des histoires de cas seraient judicieuses.

La perspective des parents pourraient également être intéressante à étudier car comme le mentionne Jansson et Hallgren Graneheim (2018) il est difficile d'aborder le sujet du suicide avec la famille entre autres à cause de la peur de provoquer de la colère et d'exacerber l'intensité émotionnelle présente lors de la crise suicidaire d'un membre de la famille. Comme peu ou pas d'étude abordent cette expérience du point de vue des parents ou de la fratrie à l'égard du risque suicidaire chez un enfant de moins de 12 ans, il serait pertinent d'effectuer des études pour mieux

connaître l'expérience parentale et familiale. De plus, McLaughlin, McGowan, O'Neil et Kernohan (2014) ajoutent qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé soient alertes aux signes de danger ou de négligence de la santé mentale des autres membres de la famille vivant avec une personne à risque de suicide. Ainsi, des recherches collaboratives avec les parents à l'égard des expériences entourant le risque suicidaire d'un enfant favoriseraient le développement des nouvelles connaissances. Enfin, l'intervention familiale en contexte culturel diversifié devrait être étudiée. Actuellement, peu ou pas d'études ont exploré comment comprendre le PERS du point de vue de la diversité culturelle.

Enfin, il serait pertinent d'effectuer une recherche auprès d'autres professionnels de la santé qui travaillent en prévention du suicide, afin d'explorer les caractéristiques qui influencent plus particulièrement la manière d'aborder les idées suicidaires chez les enfants, comme le suggèrent d'ailleurs Vandewalle, Beeckman, Van Hecke, Debyser, Deproost et Verhaeghe (2018). Par ailleurs, puisque nous recommandons une approche collaborative avec les autres professionnels, il est des plus pertinent d'en connaître davantage sur leur expérience à l'égard de l'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants.

5.7.2 Recommandations pour la gestion. Pour les gestionnaires, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes de soutien pour les infirmières afin d'effectuer ce PERS auprès des enfants selon les meilleures pratiques (Aflague et Ferstz, 2010). À l'égard des mécanismes de soutien, la formation continue (en cours d'emploi) est essentielle pour développer le jugement clinique ainsi que la confiance en son propre jugement clinique professionnel. À cet effet, une étude canadienne conduite auprès de 71 travailleuses sociales à l'aide de vignettes cliniques discutant d'adultes à risque de suicide a examiné la cohérence des décisions entre les cliniciens, ainsi que la confiance en leur jugement lors de la détermination du niveau de risque de suicide (Regehr et al.,

2016). La divergence des évaluations témoigne d'un besoin de formation continue sur la prévention du suicide. Cette étude auprès de patients adultes nous permet de constater que la formation continue est décisive dans le développement du jugement clinique et de la confiance des infirmières et serait également nécessaire pour les infirmières lors du PERS chez les enfants.

Un autre mécanisme de soutien suggéré par Rebar et Hulatt (2017) est l'ajout de personnel qualifié pour faire de la supervision clinique et du debriefage afin de soutenir les infirmières dans ces situations plus difficiles. Elles doivent pouvoir discuter avec leurs pairs et les autres professionnels de leur ressenti, afin entre autres, de diminuer l'intensité émotionnelle entourant cette évaluation. À cet égard, Turkles, Yilmaz et Soylu (2018) suggèrent des rencontres de groupe planifiées afin de permettre un échange d'expériences entre les infirmières et ainsi développer de nouvelles connaissances et habiletés pour intervenir auprès des patients à risque de suicide. Pour leur part, Lees, Procter et Fasset (2014) recommandent de développer le travail en équipe, avec d'autres infirmières ou d'autres professionnels de la santé, car cela serait bénéfique pour l'infirmière, mais surtout pour la qualité des soins. À cet égard, nous pensons qu'un processus collaboratif plus structuré à l'aide d'un outil comme le *Therapeutic risk management of suicidal patient* (Grant et Lusk, 2015) pourrait être fort utile pour développer le travail en équipe, en plus de contribuer à diminuer la charge émotionnelle entourant ce processus.

Par ailleurs, Awenat et al. (2017) suggèrent des stratégies organisationnelles qui permettent une meilleure reconnaissance de l'intensité émotionnelle entourant les soins aux patients à risque de suicide. Par exemple, une stratégie efficace consisterait à mettre à la disposition du personnel des protocoles de traitement priorisant les interventions axées sur la communication thérapeutique auprès de ces patients. Nous pensons que ce genre de protocole pourrait effectivement répondre en partie aux besoins des infirmières de notre étude. En effet, ce genre d'outils favorise un processus

collaboratif structuré pour les professionnels, ce qui pourrait pondérer l'insécurité lors de la prise de décision impliquée dans le PERS chez l'enfant.

5.7.3 Recommandations pour la formation. Stevens et Nies (2018) affirment que les infirmières doivent être plus confiantes dans leurs connaissances, les actions et les soins qu'elles donnent aux personnes à risque de suicide. En effet, un aspect important affectant l'attitude de l'infirmière est la connaissance (*knoweldge*) qu'elle a du suicide. Les attitudes de l'infirmière (composantes cognitives, affectives et comportementales) envers les patients à risque de suicide ont un impact sur les pensées et les comportements suicidaires de ceux-ci (Stevens et Nies, 2018). En fait, la formation doit permettre aux infirmières de bien intégrer de quelles manières leurs émotions et leurs croyances influencent leur propre attitude à l'égard d'un enfant à risque suicidaire et sa famille. À ce sujet, Higgins, Doyle, Downes, Morrissey, Costello et al. (2016) suggèrent d'axer la formation sur une approche plus holistique du risque et de bien démontrer la collaboration nécessaire lors de l'évaluation du risque et de la conception du plan de sécurité.

Il faudrait également renforcer la capacité des infirmières à soutenir les parents pour réduire leur sentiment d'incompétence parentale et les mobiliser vers des actions positives. Dans cette optique, des outils pour bien évaluer la dynamique familiale ainsi que la disponibilité parentale seraient utiles pour les infirmières lors du PERS. Un outil comme le génogramme, instrument d'analyse de la structure familiale, donne une image succincte et rapide des liens de filiations et des ruptures sur plusieurs générations. L'écocarte, quant à elle, est utile pour donner une vue d'ensemble de la famille en la situant dans son contexte social et affectif. Ces outils pourraient donc être aidants lors du PERS chez l'enfant.

Aussi en lien avec les recommandations pour la formation, le sujet de la prévention du suicide (évaluation, intervention et suivi auprès des enfants, adolescents, adultes et personnes âgées

présentant des idées suicidaires) devrait faire partie de la formation initiale des infirmières. Ce sujet devrait aussi être l'objet de formation continue nécessitant une certification régulière, à la manière de la certification en réanimation cardiorespiratoire (RCR) (Aflague et Ferstz, 2010). En effet, les résultats ont permis de mettre en lumière que certaines pratiques infirmières n'étaient pas optimales et pourraient bénéficier d'une formation continue sur le sujet. À cet égard, dans une étude conduite par Rebar et Hulatt (2017) en Angleterre au sujet des besoins des infirmières à l'égard du suicide et de sa prévention, les auteurs ont souligné l'importance d'intégrer ce sujet à la formation générale puisque toutes les infirmières sont interpellées par la prévention du suicide. Ils suggèrent donc d'avoir des activités d'apprentissage obligatoires dans la formation initiale des infirmières. Ces activités leur permettraient de développer leurs compétences en mobilisant différentes ressources dans des situations le plus près possible de la réalité de la pratique. Selon ces mêmes auteurs, les ressources pourraient inclure comment identifier, communiquer avec la personne, lui répondre, poser les questions, comprendre la personne suicidaire, maintenir la dignité et la confidentialité. Même si cette étude a été réalisée auprès d'infirmières qui œuvraient auprès de patients adultes, nous considérons nécessaire la mise en œuvre d'une telle recommandation pour les infirmières travaillant auprès des enfants (Rebar et Hulatt, 2017). Enfin, le développement, en formation continue, d'un groupe de co-développement interprofessionnel provincial, en ligne, pourrait donner un espace d'échange mensuel pour discuter de situations, se soutenir, renforcer l'infirmière dans sa compétence et diminuer l'impact des expériences antérieures vécues.

5.7.4 Recommandations pour la clinique. Selon Martin, Liu, Mernik, Demarco, Cheek, et al. (2016), il est important de bien évaluer les pensées et les comportements des très jeunes enfants qui consultent en santé mentale, même s'il n'y a pas d'indication de risque suicidaire au moment de la demande de consultation. Les auteurs rapportent que dans leur étude, la majorité des

enfants étaient référés pour des troubles de comportement et non pour des idées ou comportements suicidaires. Cependant, le taux élevé d'enfants qui présentaient des idées ou des comportements suicidaires lors de cette recherche indique que les enfants consultant en santé mentale sont à risque élevé et devraient être évalués systématiquement. Martin et al. (2016) ajoutent qu'un canevas d'entrevue utilisé auprès des parents durant l'épisode de soins axé sur le développement des enfants serait nécessaire pour dépister précocement le risque suicidaire chez les enfants.

5.8 Conclusion

Les adultes dans la population en général ressentent une grande responsabilité envers les jeunes (Machado, 2017). Or, le risque suicidaire chez les enfants contredit le stéréotype social selon lequel cette période de la vie devrait être excitante et simple. Néanmoins, une fois que nous avons constaté que certains enfants peuvent vivre une détresse tellement importante qu'ils envisagent d'y mettre fin en se suicidant, il devient essentiel de bien définir le PERS pour l'infirmière en santé mentale jeunesse de bien comprendre le processus d'évaluation du risque suicidaire auprès des moins de 12 ans. Il s'agit d'un processus qui se déroule dans un environnement qui met en relation thérapeutique une infirmière avec un enfant et ses parents à travers les phases d'évaluation et de prévention du risque suicidaire. En trame de fond de ce processus, une conception humaniste des soins infirmiers où se rencontrent des infirmières teintées de leurs expériences avec des enfants/familles ainsi que de leurs propres expériences, et tous sont imprégnés d'une grande intensité émotionnelle. Dans cet ordre d'idée, l'étude de Hagan et al. (2017) indique que certaines infirmières en santé mentale doivent faire beaucoup d'efforts dans la gestion de leurs émotions afin de rester professionnelles devant un patient adulte avec des idées ou comportements suicidaires. Or, lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de 12 ans, il est possible de penser que ceci est d'autant plus présent. Nombre d'adultes font difficilement face aux idées suicidaires de l'enfant car cela va

à l'encontre de l'idée d'innocence et de joie liée à l'enfance (De Becker, 2014; Greydanus, et al., 2010). Nous croyons que cette recherche, qui a permis de comprendre, de décrire et de schématiser le processus d'évaluation du risque suicidaire par les infirmières en santé mentale jeunesse, contribue à enrichir les connaissances à l'égard de cette intervention délicate et peu étudiée, notamment en mettant en lumière l'importance du ressenti combiné aux autres savoirs de l'infirmière. Ultérieurement, les résultats pourront être utilisés par les gestionnaires, les formateurs et les cliniciens donc « normaliser » cette intensité émotionnelle, rendre le sujet plus facile à aborder et, progressivement, affecter favorablement la prévention du suicide auprès des enfants. Plus simplement dit, si l'intensité émotionnelle entourant l'évaluation du risque suicidaire auprès des enfants de moins de 12 ans est allégée pour l'infirmière, on peut supposer que cette évaluation sera effectuée avec la même aisance auprès des enfants, que des adolescents et des adultes présentant un risque.

Références bibliographiques

- Aflague, J. M. et Ferszt, G. G. (2010). Suicide assessment by psychiatric nurses: a phenomenographic study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(4), 248-256. doi: 10.3109/01612840903267612
- Anderson, M. et Standen, P. J. (2007) Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 470-477. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01106.x
- Anderson, M., Standen, P. et Noon, J. (2003). Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behavior: a contemporary grounded theory analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 587-597. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00054-3
- Anthony, M., Groh, C. et Gash, J. (2017). Suicide in Guyana: Nurses' Perspectives. *International Association of Forensic Nurses*, 13(1), 14-19. doi: 10.1097/JFN.0000000000000138
- Asarnow, J. R. (1992). Suicidal ideating and attempts during middle childhood: Associations with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), pp.35-40. doi : 10.1207/s15374424jccp2101_6
- Association internationale pour la prévention du suicide. (2015). Repéré à <https://www.iasp.info/fr/accueil.php>
- Association internationale pour la prévention du suicide. (2006). 10 septembre 2006 : Journée mondiale de prévention du suicide « La connaissance apporte de nouveaux espoirs », 4 p.
- Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E, Gooding, P., Pratt, D. et Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis, *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 103-108. doi: 10/1192/bjp.bp.116.191817
- Bardon, C., Halmov, X., Morin, D., Côté, L. P., Mishara, B., Morin, D., ... Weiss, J. (2016). *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA*. Repéré à : <http://ditsasuicide.ca/wp-content/uploads/2017/03/Bardon-IRSC-Rapport.pdf>
- Barrio, C.A. (2007). Assessing suicide risk in children: guidelines for the developmentally appropriate interviewing. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66. doi: 10.17744/mehc.29.1.1x8qu2axd1v6rv3q
- Bee, H et Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : Les âges de la vie* (2^e éd.). Québec : Paris.

- Becker, S.P. (2014) Sluggish cognitive tempo and peer functioning in school-aged children: A six-month longitudinal study. *Psychiatry Research*, 217, 72-78. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.007
- Belgrave, L.L. et Charmaz, K. (2015). George Herbert Mead: Meanings and Selves in Illness. Dans F. Collyer (dir.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* (p. 107-123). Londres: Palgrave Macmillan.
- Ben-Yehuda, A., Aviram, S., Govezensky, J., Nitzan, U., Levkovitz, Y. et Bloch, Y. (2012). Suicidal behavior in minors-diagnostic differences between children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(7), 542-547. doi: 10.1097/01.DBP.0000415830.85996.e6
- Berthod, C., Giraud, C., Gansel, Y., Fournieret, P. et Desombre, H. (2013). Suicide attempts of 48 children aged 6-12 years. *Archives de Pédiatrie*, 20(12), 1296-1305. doi: 10.1016/j.arcped.2013.09.016
- Bertz, M., Sullivan, A., Manton, A., Espinola, J., Miller, I., Camargo, C. et Boudreaux, E. (2013). Knowledge attitudes and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1005-1012. doi: 10.1002/da.22071
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bolster, C., Holliday, C., O'Neal, G. et Shaw, M. (2015). Suicide Assessment and Nurses: What does the Evidence Show? *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), doi: 10.3912/OJIN.Vol20No01Man02.
- Bourdet-Loubère, S, et Raynaud, J-P. (2013). Suicidal ideation and attempts during middle childhood: associations with subjective quality of life and depression. *Open Journal of Medical Psychology*, 2, 93-100. doi: 10.4236/ojmp.2013.23015
- Boychuk Duchscher J.E. et Morgan, D. (2004) Grounded theory: Reflections on the emergence vs. forcing debate. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 605-612. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03249.x
- Boykin, A. (1998). Nursing as caring through the reflective lens. Dans C. Johns et D. Freshwater (dir.), *Transforming nursing through reflective practice* (p. 43-50). Oxford: Blackwell Science.
- Breton, J-J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M. et Guilé, J.-M. (2012). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 16-22.
- Brunero, S., Smith, J., Bates, E. et Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 588-594. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01278.x

- Bryant, A. et Charmaz, K. (2012). Grounded theory in psychological research. Dans H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, et A. T. Panter (dir.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology* (vol. 2, p. 39-56). Washington, DC : American Psychological Association. doi: 10.1037/13620-003.
- Burstein, B., Agostino, H. et Greenfield, B. (2019), Suicidal attempts and ideation among children and adolescents in US emergency departments, 2007-2015. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 598-600. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0464.
- Caldairou-Besette, P., Johnson-Lafleur, J., Nadeau, L., Vachon, M. et Rousseau, C. (2018). Écouter les enfants dans la recherche en santé mentale jeunesse (SMJ) : une créativité éthique inspirée de la clinique. *Approches Inductives*, 4(2), 79-108. doi : 10.7202/1043432ar
- Cara, C. (2010). Les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière. Dans P.A. Potter et A.G. Perry (dir.), *Fundamental of Nursing Practice* (p. 85- 99). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C. ... Mathieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 2(125), 20-31. doi : 10.3917/rsi.125.0020
- Cara, C. et Girard, F., (2013). *Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM dépliant explicatif*. Repéré à : <http://fsi.umontreal.ca/presentation/humaniste.htm>
- Carter, G. et Spittal, M. J. (2018). Suicidal risk assessment, risk stratification is not accurate enough to be clinically useful and alternative approaches are needed. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 229-234. doi : 10.1027/0227-5910/a000558
- Centre intégré universitaire des soins de santé et des services sociaux [CIUSSS] de la Capitale-Nationale (s.d.). *Portail du Centre jeunesse du Québec*. Repéré à : <https://www.ciusss-capitalesnationale.gouv.qc.ca/centre-jeunesse-de-quebec-institut-universitaire>
- Centre intégré des soins de santé et des services sociaux [CISSS] de la Montérégie-Centre (s.d.). *Portail*. Repéré à : www.santemonteregie.qc.ca/centre (page consultée le 10 avril 2020).
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (2^e éd., p. 509-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2014) *Constructing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cheng, K. et Myers, K. M. (2011). *Child and adolescent psychiatry: The essentials* (2^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

- Chenitz, C. W. et Swanson, J. M. (1986). *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA.: Addison-Wesley.
- Chun, T.H., Mace, S.E., et Katz, E.R. (2016). Evaluation and management of children with acute mental health or behavioral problems. Part II: Recognition of clinically challenging mental health related conditions presenting with medical or uncertain symptoms. *Pediatrics*, 138(3), doi: 10.1542/peds.2016-1573.
- Corbin, J. M. et Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Comité Éthique de la Recherche en Santé (CERES). (2016). *Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)*. Repéré à <http://www.recherche.umontreal.ca/ethique-de-la-recherche/les-comites/les-comites-sectoriels-dethique-de-la-recherche/ceres/>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (3^e éd.). Los Angeles, CA.: SAGE Publications.
- Cyrulnik, B. (2011). Quand un enfant se donne « la mort » : attachement et sociétés. Paris, France : Odile Jacob.
- Daigle, M. et Gallagher, R. (2008). Le programme Intervention-suicide en milieu scolaire primaire: Évaluation de l'implantation en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. *Frontières*, 21(1), 107-112.
- De Becker, E. (2014). Comprendre et prendre en charge la tentative de suicide chez l'enfant. *L'Information Psychiatrique*, 2(90), 141-148. doi :10.1684/ipe.2014.1164
- Delamare, C. (2013). *Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 13 ans*. Société française de médecine d'urgence. Repéré à : https://www.sfm.uqam.ca/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2013/donnees/pdf/008_Delamare.pdf
- Delamare, C., Martin, C. et Blanchon, Y-C. (2007). Tentatives de suicide de l'enfant de moins de 13 ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(1), 41-51. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.01.006
- Delaney, K.R., Cooper J.L. et Nshemerewire, S. (2018). The practice of child mental health nurses. Dans J.M. Rey (dir.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (chap. J-11). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Deschênes, M-F., Fournier, V. et St-Julien, A. (2016). Le développement du jugement en situation clinique authentique : l'apprentissage expérientiel dans un contexte de simulation pour une pratique professionnelle sécuritaire. *Pédagogie Collégiale*, 30(1), 14-22.

- Dewey, J. (1929). *The quest for certainty*. New York, NY: Minton Blackh.
- Dobson, E. T., Keeshin, B. R., Wehry, A. M., Saldaña, S. N., Mukkamala, L. R., Sorter, M. T., ... Strawn, J. R. (2017). Suicidality in psychiatrically hospitalized children and adolescents: Demographics, treatment, and outcome. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 258–265.
- Doyon, O., et Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*, Montréal, QC : ERPI.
- Dunlop, S. M., More, E. et Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1073-1080. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x
- Erbacher, T.A. et Singer, J.B. (2018). Suicide risk monitoring: the missing piece in suicide risk assessment. *Contemporary School Psychology*, 22, 186–194. doi:10.1007/s40688-017-0164-8
- Erickson, E.H. (1963) *Childhood and Society* (2^e éd.). New York, NY : Norton.
- Erickson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York, NY : Norton.
- Erickson, E.H. (1972) *Life History and Historical Moments*. New York, NY : Norton.
- Fisher, G. et Foster, C. (2016). Examining the needs of paediatric nurses caring for children and young people presenting with self-harm/suicidal behavior on general paediatric wards: Findings from a small-scale study. *Child Care in Practice* 22(3), 309-322. doi: 10.1080/13575279.2015.1118013
- Gäng-Pacifico, D. (2016) *Identification précoces des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants en âge scolaire (6 à 12 ans) : Prototype d'un outil de dépistage destiné aux enseignants* [thèse de doctorat]. Université de Fribourg.
- Genest, C. (2012). *La résilience des familles endeuillées par le suicide d'un adolescent : Émerger malgré la blessure indélébile* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9740/Genest_Christine_2012_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Gilmour, L., Ring, N. et Maxwell, M. (2019). Review: The views and experiences of suicidal children and young people of mental health support services: a meta-ethnography. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(3), 217-219. doi: 10.1111/camh.12328
- Ginsburg, H. P. et Opper, S. (1988). *Piaget's Theory of Intellectual Development* (3^e éd.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Giraud, P., Fortanier, C., Fabre, G., Ghariani, J., Guillermain, Y., Rouviere, N., . . . Simeoni, M. C. (2013). Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-

- year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments. *Archives de Pédiatrie*, 20(6), 608-615. doi: 10.1016/j.arcped.2013.03.024
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA.: Sociology Press.
- Goldston, D., Molock, S., Whitbeck, L., Zayas, L. et Nagayama Hall, G. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14-31. doi: 10.1037/0003-066X.63.1.14
- Gottlieb, L. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Paris, France : Deboeck Supérieur.
- Grant, C. et Lusk, L. J. (2015). A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of suicidal patient, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 291-298. doi: 10.2147/JMDH.S50529
- Gray, J.R., Grove, S.K. et Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8^e éd.). St-Louis, MI: Elsevier.
- Greydanus, D., Patel, D. et Pratt, H. (2010). Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), 1083-1087. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03771.x
- Grove, S. K., Burns, N. et Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7^e éd.). St. Louis, MI: Elsevier/Saunders.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA.: Sage Publications.
- Guba, E. et Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Londres: Sage.
- Guillemette, F. et Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches Qualitatives*, 23, 15-26.
- Hagen, J., Loa Knizek, B. et Hjelmeland, H.(2017). Mental health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor, *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31-37. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.018
- Heise, B., York, A. et Thatcher, B. (2016). Child suicide screening methods: are we asking the right questions? A review of the literature and recommendations for practice. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), 410-417. doi: 10.1016/j.nurpra.2016.01.003

- Higgins, A., Doyle, L., Downes, C., Morrissey, J., Costello, P., Brennan, M. et Nash, M. (2006). There is more to risk and safety planning than dramatic risk: Mental health nurses' risk assessment and safety management practice. *Journal of Mental health Nursing*, 25(2), 159-170. doi: 10.1111/inm.12180
- Holloway, I. et Galvin, H. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4^e éd.). UK: WILEY Blackwell.
- Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Pao, M. et Boudreaux, E. D. (2014). Screening youth for suicide risk in medical settings: time to ask questions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), S170-175. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.002
- Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L. et Pao, M. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(12), 1170-1176. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276
- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G., Burr, B., Smith, M., Klavon, S. et Cleary, P. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137. doi: 10.1542/peds.107.5.1133
- Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM]. (2005). *Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*. Repéré à : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/131/expcol_2005_suicide.pdf?sequence=1
- Jansson, L. et Hallgren Graneheim, U. (2018). Nurses' experiences of assessing suicide risk in specialised mental health outpatient care in rural areas. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), 554-560. doi:10.1080/01612840.2018.1431823
- Jarvis, C. (2019). *Physical Examination and Health Assessment* (8^e éd.). Canada. : Elsevier.
- Kendall, J. (1999). Axial coding and the grounded theory controversy. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 743-757.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F. et Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2^e éd.). Laval, QC : Beauchemin.
- Laflamme, F., Thibault, C., Durand, S. et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*. Repéré à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/228_doc.pdf
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

- Lalonde, P., Pinard, G-F et collaborateurs (2016). *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale* (4^e éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Lam, C. B., McHale, S.M et Crouter, A.C. (2012). Parent-child shared time from middle childhood to late adolescence: Developmental course and adjustment correlates. *Child Development*, 83(6), 2089-2103. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01826.x
- Lanzillo, E., Horowitz, L. et Pao, M. (2018). Suicide in children. Dans T. Falcone et J. Timmons-Mitchell (dir.), *Suicide Prevention* (p. 73-107). Bâle, Suisse : Springer Nature.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (Grounded theory) : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologies* (p. 309-332). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J., Goudreau, J. et Fima, O. (2017). Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers. *Quality Advancement in Nursing Education- Avancées en formation infirmière*, 3(1). doi : 10.17483/2368-6669.1100.
- Lees, D., Procter, N. et Fassett, D. (2014). Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(4), 306-315. doi: 10.1111/inm.12061
- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D. et Perron, P. A. (2014). *Mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2011*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1761_MortaliteSuicideQc_1981A2011_MAJ2014.pdf
- Lempp, T., de Lange, D., Radeloff, D. et Bachmann, C. (2017). L'examen clinique des enfants, adolescents et leurs familles (trad. E. O'Boyle). Dans J.M. Rey (dir.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (chap. A-5) (éd. en français: D. Cohen dir.). Genève, Suisse : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Lévesque, P., Pelletier, É., Perron, P.A. (2019). *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 - Mise à jour 2019*. Québec, Bureau d'information en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2497_suicide_quebec.pdf
- Létourneau, J., Brisson, M.(2017). *L'évaluation clinique : cet incontournable*. Repéré à : <https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable>
- Luckerhoff, J. et Guillemette, F. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée: Fondements, procédures et usages*. Montréal, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Machado, R. (2017) Suicide in Children and Adolescents, An Overview. Dans C. Arnold (dir.), *Understanding child and adolescent grief* (1^{ère} éd., chap. 10, p.143-157). New York, NY: Routledge.
- Martin, S.E., Liu, R. T., Mernik, L. R., Demarco, M., Cheek, S. M., Spirito, A. et Boekamp, J. R. (2016). Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically referred young children. *Psychiatry Research*, 246, 308-313. doi: 10.1016/j.psychres.2016.09.038
- McLaughlin, C., McGowan, I., O'Neill, S. et Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health*, 23(5), 236-240. doi: 10.3109/09638237.2014.928402
- McGrath, C., Palmgren, P. et Lijedahl, M. (2018). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Journal of Medical Teacher*, 41(9), 1002-1006. doi: 10.1080/0142159X.2018.1497149
- Mead, G. H. (1964). *On social psychology; selected papers* (éd. rév.). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Méthot, D. (2018). Le rôle infirmier en prévention du suicide. Repéré à : <https://www.oiiq.org/le-role-infirmier-en-prevention-du-suicide>
- Michail, M. et Tait, L. (2016). Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*, 6, e009654. doi:10.1136/bmjopen-2015-009654
- Miller, D. (2018). Suicidal behavior in children: issues and implications for elementary schools. *Contemporary School Psychology*, 23, 357-366. doi: 10.1007/s40688-018-0203-0
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_copl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf.
- Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario (2017). *MON cheminement : Un guide pour soutenir le développement des enfants durant les années intermédiaires*. Repéré à : <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/middleyears/On-MY-Way-Middle-Years-FR.pdf>

- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., et Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(11), 1288–1296. doi:[10.1111/jcpp.12245](https://doi.org/10.1111/jcpp.12245)
- Mishara, B.L. (1996). Le suicide et les enfants au primaire. Ils savent plus qu'on peut le croire. Dans *Actes de colloque* (p. 291-299). Montréal : Association québécoise de suicidologie.
- Mishara, B. (1999). Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(2), 105-118. doi: 10.1111/j.1943-278X.1999.tb01049.x
- Montreuil, M., Butler, K.G.D., Stachura, M. et Pugnaire Gros, C. (2015) Exploring helpful nursing care in pediatric mental health settings: the perceptions of children with suicide risk factors and their parents. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(11), 849-859. doi : 10.3109/01612840.2015.1075235
- Nadeem, E., Santiago, C., Kataoka, S., Chang, V. et Stein, B. (2016). School personnel experiences in notifying parents about their child's risk of suicide: lessons learned. *Journal of School Health*, 86(1), 3-10. doi: 10.1111/josh.12346
- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perceptives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, 2(129), 6-12. doi : 10.3917/rsi.129.0006
- National Institute of Mental Health. (2017). AsQ Outils de dépistage des risques de suicide. Repéré à : https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asqtranslations/asq_french_translation_157223.pdf
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., et Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70, 300–310. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K. et Ekeberg, O. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*, 13, 90. doi: 10.1186/1471-244X-13-90.
- Notko, M. et Sevon, E. (2018). Conflicts in family relations, children's emotions and agency. *Children and Society*, 32 (1), 61-72. doi: 10. 1111/chso.12227
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : mise à jour du guide d'application publié en 2003*. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

- Orban G. et Malchair, A. (2010). Le comportement suicidaire chez l'enfant. *Revue Médicale de Liège*, 65(2), 67-70.
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2014) *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondiale*. Repéré à <http://www.crise.ca/pdf/oms-prevention-suicide-2014.pdf>
- Organisation mondiale de la santé [OMS]. (2010). *Données et statistiques sur le suicide*. Repéré à http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
- Organisation mondiale de la Santé [OMS].(2006) *Prévenir le suicide : Ressource pour conseillers*. Repéré à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69471/1/9241594314_fre.pdf
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique- Critique féministes et savoirs*, 23, 147-181. doi : 10.7202/1002253ar
- Patterson, S. (2016). Suicide risk screening tools and youth population. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29, 118-126. doi: 10.1111/jcap.12148
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal, QC : Chenelière-éducation.
- Perlman, C.M., Neufeld, E., Martin, L., Goy, M. et Hirdes, J.P. (2011). *Guide d'évaluation du risque de suicide : une ressource pour les organismes de santé*. Repéré à : http://info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/05/synthese_echelles_evaluation_risque_suicide_quebec.pdf
- Petot, D. (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris, France : Dunod.
- Pfeffer, C. R. (1987). Elements of treatment for suicidal preadolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 172- 183. doi : 10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.2.172
- Piaget, J., (1966) Le point de vue de Piaget. *International Journal international of Psychology*, 3(4), 281-299. doi: 10.1080/00207596808246651
- Pires, A. P. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 309-332). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Plemmons, G., Hall, M., Doupnik, S., Gay, J., Brown, C., Browning, W., ... et Williams, D. (2018). Hospitalization for suicide ideation or attempts: 2008-2015. *Pediatrics*, 141(6), 1-10. doi:10542/peds.2017-2426

- Poupart, J., Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives et Conseil québécois de la recherche sociale. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, QC: Gaëtan Morin
- Prinstein, M. J., Nock, M. K., Simon, V., Aikins, J. W., Cheah, C. S. L., et Spirito, A. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 92-103. doi : 10.1037/0022-006X.76.1.92
- Rassy, J. (2012). Les facteurs de protection d'adolescents et d'adolescentes atteints d'un trouble de l'humeur et présentant un risque suicidaire [mémoire de maîtrise, Université de Montréal].Papyrus.
https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8318/Rassy_Jessica_2012_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Rebair, A., et Hulatt, I. (2017). Identifying nurses' needs in relation to suicide awareness and prevention. *Nursing Standard*, 31(27), 44-51. doi: 10.7748/ns.2017.e10321
- Reich, M. et Ruzniewski, M. (2012). Le suicide en cancérologie : une question taboue? *Cancéro dig.*, 4(3), 118-122. doi : 10.4267/2042/47603
- Regehr, C., Bogo, M., Leblanc, V., Baird, S., Paterson, J. et Birze, A. (2016). Suicide risk assessment: clinical confidence in their professional judgement. *Journal of Loss and Trauma- International Perspectives on Stress and Coping*, 21(1), 30-46. doi: 10.1080/15325024.2015.1072012
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., et Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, 46(2), 225–236. doi: [10.1017/S0033291715001804](https://doi.org/10.1017/S0033291715001804)
- Ridge Anderson, A., Keyes, G.M., et Jobes, D.A. (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations*, 1(1), 3-19. doi: 10.1037/pri0000018
- Sarkar, M., Byrne, P., Power, L., Fitzpatrick, C., Anglim, M., Boylan, C. et Morgan, S. (2010). Are suicidal phenomena in children different to suicidal phenomena in adolescents? A six-year review. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 197-203. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00567.x
- Scheckel, M. M. et Nelson, K. A. (2014). An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons. *Journal of Professional Nursing* , 30(5), 426-435. doi: 10.1016/j.profnurs.2014.03.003
- Shin, H., Braithwaite, V. et Ahmed, E. (2016). Cyber-and-face-to-face bullying: who crosses over? *Social Psychology of Education*, 19(3), 537-567. doi: 10.1007/s11218-016-9336-z

- Skinner, R. et McFaull, S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *Canadian Medical Association Journal*, 184(9), 1029-1034. doi: 10.1503/cmaj.111867
- Stefanone, M.A., Lackaff, D. et Rosen, D. (2011) Contingencies of self-worth and social networking-site behavior. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(1-2), 41-49. doi: 10.1089/cyber.2010.0049
- Stevens, K. P., Nies, M.A. (2018). Factors related to nurses? Attitudes towards the suicidal patient: an integrative review. *Clinical Research and Trials*, 4(2), 1-6. doi: 10.15761/CRT.1000211
- Stewart, S.L., Celebre, A., Hirdes, J.P., *et al.* (2020). Risk of suicide and self-harm in kids: the development of an algorithm to identify high-risk individuals within the children's mental health system. *Child Psychiatry & Humam Development*. doi: [10.1007/s10578-020-00968-9](https://doi.org/10.1007/s10578-020-00968-9)
- Stordeur, C. (2013). *Étude rétrospective de la prévalence et des caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez l'enfant* [thèse de doctorat, Université Paris-Sud XI]. <http://www.sudoc.fr/15950614X>
- Stordeur, C. (2015). Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Archives de Pédiatrie*, 22(3), 255-259. doi : 10.1016/j.arcped.2014.12.004
- Strauss, A. L. et Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA.: Sage Publications.
- Strauss, A. L. et Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Streubert, H. S. et Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5^e éd.). Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10^e éd.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Talseth, A. G. et Gilje, F. L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1651-1667. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. doi: 10.3928/01484834-20060601-04
- Vallotton, C., Harewood, T., Froyen, L., Brophy-Herb, H., et Ayoub, C. (2016). Child behavior problems: Mothers' and fathers' mental health matters today and tomorrow. *Early Childhood Research Quarterly*, 37, 81-93. doi : 10.1016/j.ecresq.2016.02.006

- Vandevoorde, J. (2015). Le geste suicidaire chez l'enfant : mesure du phénomène, caractéristiques épidémiologiques et recommandations de base. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 28(4), 197-204. doi : 10.1016/j.jpp.2015.06.005
- Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. et Verhaeghe, S. (2018). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: a qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2867-2877. doi: 10.1111/jan.14113
- Valente, S. M. (2010). Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer Nursing*, 33(4), 290-295. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181cc4f33
- Valente, S. (2011). Nurses' psychosocial barriers to suicide risk management. *Nurs Res Pract*, 2011. doi: 10.1155/2011/650765.
- Vatne, M. et Naden, D. (2018). Experiences that inspire hope: perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 25(4), 444-457. doi: 10.1177/0969733016658794
- Vedana, K.G., Magrini, D.F., Zanetti, A.C.G., Miasso, A.I., Borges, T.L et dos Santos, M.A. (2017). Attitudes towards suicidal behavior and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 651-659. doi: 10.1111/jpm.12413
- Waern, M., Kaiser, N. et Renberg, E. S. (2016) Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry*, 16(440). doi: 10.1186/s12888-016-1147-4.
- Wagner, B. M. (2009). *Suicidal Behavior in Children and Adolescents*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Watson, J. (2012). *Human caring science*. (2^e éd.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Welsh, I. et Lyons, C.M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 299-305. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00386.x
- Whalen, D.J., Dixon-Gordon, K., Belden, A.C., Barch, D., et Luby, J.L. (2015). Correlates and consequences of suicidal cognitions and behaviors in children ages 3 to 7 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 926-993. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.009
- Whittemore, R., Chase, S. et Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522-537. doi: 10.1177/104973201129119299
- Will, C. (2001). Knowledge in nursing: contemplating life experience. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), 107-116.

- Wiener, C. (2007). Making teams work in conducting grounded theory. Dans A. Bryant & K. Charmaz (dir.), *The SAGE handbook of grounded theory* (p. 292-310). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Woo, K. (2019). *Polit & Beck Canadian Essentials of Nursing Research* (4^e éd.). Philadelphie, PA : Wolters Kluwer.
- Yamamoto, R. et Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 131-141. doi: 10.1111/jpm.12415
- Yip, B., Liu, L., et Murray, J. (2018, mai). *Impact of Cultural Factors on the Risk of Suicidal Ideations and Behaviors Among Asian Americans and Hispanic American Adolescents*. Présentation par affiche à la Convention annuelle de Los Angeles County Psychological Association, Los Angeles, Californie. doi: 10.13140/RG.2.2.13600.43522

**Annexe A : Article sur le phénomène du risque suicidaire chez les enfants de moins de
12 ans**



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence xxx (2019) xxx-xxx

Revue de littérature

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

When emotional distress of children translates into suicidal ideation or behaviors: A scoping review on suicidal risk of children under 12

N. Maltais^{a, b, c, d}, C. Genest^{a, c}, C. Larue^{a, d, e}

^a Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, 2375, chemin de la Côte Ste. Catherine, H3T 1A8, Montréal, Canada
^b Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski (campus de Lévis), 1585, Boulevard Alphonse-Desjardins, G6V 0A6, Lévis, Canada
^c Centre de Recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRSE), succursale centre-ville, c.p. 8888, H3C3P8 Montréal, QC, Canada

^d Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM), 7401, rue Hochelaga, H1N 3M5 Montréal, QC, Canada
^e IHPM (Institut Philippe-Pinell), 10905, boulevard Henri-Bourassa E, H1C1H1 Montréal, QC, Canada

Reçu le 30 avril 2018 ; accepté le 20 mars 2019

Résumé

Une revue exploratoire (*Scoping Review*) inspirée du modèle d'Arskley et O'Malley (2005) a été réalisée afin de connaître les différentes dimensions du phénomène du risque suicidaire chez les enfants de moins de 12 ans. Les moteurs de recherche PubMed, Web of Science, CINAHL, EMBASE et Google Scholar ont été utilisés pour constituer l'échantillon de 13 articles et un rapport. Ces articles ont été publiés entre 2005 et 2017 et écrits en français ou en anglais. En général, les enfants de moins de 12 ans présentent plus de propos ou d'idées suicidaires que de tentatives. Les moyens utilisés pour les tentatives sont : l'intoxication médicamenteuse, la pendaison et l'étranglement. Il demeure difficile de reconnaître l'intentionnalité derrière le geste. Souvent, le geste semble impulsif chez ces enfants. Des biais méthodologiques existent dans les différentes études, rendant plus difficile la mesure précise de l'ampleur du phénomène. De plus, bien que le développement du concept de mort s'effectue progressivement, il n'est pas nécessaire que cette acquisition soit complète pour qu'un risque suicidaire soit présent, ce qui fait en sorte qu'il faut toujours le considérer sérieusement. Il s'avère donc important pour les personnes travaillant auprès de ces enfants de dépister ce risque, de soulager la détresse sous-jacente et ainsi prévenir les tentatives de suicide, dont l'incidence tend à augmenter avec l'âge.
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Enfants ; Suicide ; Idées suicidaires ; Gestes suicidaires ; Dépistage du risque suicidaire

Abstract

To understand the different dimensions of suicidal risk for children 12 and under, a scoping review inspired by the Arskley and O'Malley (2005) model was conducted. Research engines used were PubMed, Web of Science, CINAHL, EMBASE and Google Scholar. A total of 13 articles and one report, published between 2005 and 2017 in French or English, were included in this study. Findings show that overall, for both girls and boys under 12 years old suicidal ideation and verbalizations are more prevalent than attempts. The means frequently used to attempt suicide are medication intoxication, hanging and strangulation. It is very difficult to assess the suicidal intent (wish to die) behind the attempt. It often appears to be an impulsive act. Methodological bias are often present in the studies found. Furthermore, even if children do not fully understand the concept of death, they still can attempt suicide. They need to be considered seriously by people working in the health care system. It is important that their emotional pain be heard to prevent further attempts in the future.
© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Kids; Children; Suicide; Suicide risk; Suicide risk assessment

[□] Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nathalie.maltais@umontreal.ca, maltais.nathalie@uqar.ca (N. Maltais).

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.002>

0222-9617/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : Maltais N, et al. 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. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.03.002>

**Annexe B : Processus de recension des écrits à l'égard de l'évaluation du risque
suicidaire effectuée par les infirmières**

Figure A.1. Processus de recension des écrits à l'égard de l'évaluation du risque suicidaire effectuée par les infirmières.

	Mots clés utilisés en anglais et en français combinés ou individuellement : <i>Infirmière/Nurse, suicidal assesement, suicidal risk assesement, suicidalité, évaluation, suicidality assesement, évaluation du risque suicidaire, évaluation de la suicidalité</i>				
Identification	Pubmed N=80	Web of sciences N= 5	CINAHL N=20	Embase N= 10	Google scholar N= 85
Sélection	N=120 articles publiés entre 2005 et 2015 ont été retenus après la suppression des doublons				
Éligibilité	Après lecture des résumés, N=110 articles ont été éliminés		102 Articles traitant d'un problème de santé mentale particulier, témoignage clinique ou encore pas disponible en anglais ou français ont été éliminés Total de N=8		
Inclusion	8 articles et 2 ajoutés à cause de la pertinence au sujet. 6 autres articles ont été considérés après avoir étendue la période d'inclusion (1995-2005) ainsi qu'après avoir utilisé d'autres mots comme <i>attitudes, perception combiné avec suicidal assesement et infirmière/Nurse</i> N= 16 études répertoriés au sujet de l'évaluation du risque suicidaire auprès de patients adultes				

Annexe C : Message utilisé pour le recrutement de participant(e)s pour l'étude via le groupe Facebook intitulé : « Infirmières en pédopsychiatrie du Québec »

Nous recrutons des participant(e)s pour une recherche afin de comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par des infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins. Pour participer, vous devez :

- Être infirmier ou infirmière,
- Parler français,
- Travailler au Québec depuis plus d'un an auprès des 12 ans et moins qui ne présentent pas de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ni de déficience intellectuelle (DI) dans une unité de pédopsychiatrie ou un centre spécialisé, un CLSC, une clinique externe ou un centre jeunesse.

Pour plus de renseignements, communiquez avec :

Annexe D : Message utilisé pour le recrutement de participant(e)s pour l'étude via le groupe Facebook intitulé : « Quebec nurses in child and adolescent psychiatry »

We are now recruiting participants for our research on understanding the process of suicidal risk assessment by nurses in mental health with children 12 and under. To participate you need to:

- Be a Nurse,
- Speak French,
- Work as a nurse in mental health with children under 12 who do not have an autism spectrum disorder (ASD) or intellectual deficiency (ID), in a child and adolescent psychiatry hospital or on a child psychiatry unit in a general hospital, in a CLSC, in an external clinic or a youth center. You must have at least one year of experience in this position.

For more information, please contact:

**Annexe E : Lettre de recrutement de participant(e)s à une étude sur le processus de
l'évaluation du risque suicidaire vécu par les infirmières en santé mentale jeunesse
auprès des 12 ans et moins**

Bonjour¹¹,

Dans le cadre d'une étude doctorale, nous effectuons une recherche intitulée : **« Comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par les infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins »**. Nous croyons que cette étude nous permettra de mieux comprendre comment l'évaluation se déroule, le contexte dans lequel elle se produit et les éléments qui peuvent l'influencer.

Pour réaliser cette recherche, nous devons rencontrer des infirmiers et infirmières travaillant auprès de la clientèle jeunesse pouvant être appelé à faire des évaluations. Bien entendu, les entrevues ainsi que tous les échanges avec les participant(e)s seront tenues confidentiels.

Nous sollicitons donc votre collaboration pour participer à une entrevue, dont la durée peut être 60 à 90 minutes. Pour participer, vous devez :

- **Être infirmier(ère)**
- **Travailler en santé mentale (unité de pédopsychiatrie, CH spécialisée, cliniques externes, CLSC et centre jeunesse) depuis au moins un an auprès d'enfants de 12 ans et moins qui ne présentent pas de trouble du spectre de l'autisme et/ou de déficience intellectuelle**
- **Parler français**

Votre participation à cette recherche est grandement appréciée car elle permettra de mieux comprendre la complexité de ce processus d'évaluation auprès des 12 ans et moins. Si vous pensez pouvoir participer à cette étude et avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à téléphoner au ou bien à nous faire parvenir un courriel à l'adresse suivante :

Il est entendu que le fait de communiquer avec nous ne vous oblige d'aucune façon à participer à cette étude. De plus, soyez assuré(e) que toutes les informations fournies resteront confidentielles et que le fait de participer ou non à la recherche n'aura aucune conséquence avec votre employeur.

¹¹ Cette lettre servira pour la publicité sur des sites web comme l'OIIQ et l'AQIISM car il est possible de présenter un message plus long que sur les groupes Facebook.

Nous vous remercions sincèrement pour l'attention que vous portez à notre recherche.

Annexe F : Formulaire d'information et de consentement

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire effectuée par des infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins

Nathalie Maltais
Étudiante
Chercheuse¹²¹³
Inf. PhD(c)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Sous la direction de :
Christine Genest
Inf. PhD., Professeure adjointe

Caroline Larue
Inf. PhD., Professeur agrégée

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

1) Nature et objectif de l'étude

De nos jours, la santé mentale des enfants est une préoccupation grandissante dans notre société. Il n'est pas rare que des enfants de douze ans et moins consultent pour des idées ou des comportements suicidaires. Les infirmières dans leur rôle doivent procéder à l'évaluation de la condition physique et mentale de ces enfants incluant l'évaluation du risque suicidaire. Or, à notre connaissance, peu d'information détaillant ce processus existe. En tant qu'infirmière

¹² Le féminin est utilisé dans le but d'alléger le texte

¹³ Cette étude bénéficie du financement du RISIIQ ainsi que de la fondation des petits trésors

Initiale du sujet :.....

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.
Projet no 16-060-CERES-D

travaillant en pédopsychiatrie auprès de ces enfants et préoccupée par la prévention du suicide, il devient impératif de comprendre le mieux possible ce qu'elles vivent et comment se déroule le processus d'évaluation lorsqu'elles rencontrent des enfants de douze ans et moins présentant un risque suicidaire. Pour y arriver, il apparaît primordial de donner la parole aux infirmières travaillant auprès de ces enfants. Le nombre de participantes visées à l'étude est entre 16 et 20.

2) Risques, effets secondaires et désagréments

Le principal inconvénient à votre participation à l'étude concerne le temps que vous accordez à l'entrevue. De plus, il se pourrait que le fait de parler de l'évaluation du risque suicidaire chez des enfants engendre des émotions difficiles. C'est pourquoi nous vous suggérons de contacter le programme d'aide aux employés (PAE) de votre milieu. De plus, des informations sur des ressources comme le numéro de téléphone _____, vous seront remis.

3) Compensation financière pour les participantes

Aucune compensation financière n'est donnée pour participer à cette étude.

4) Bénéfices potentiels ou escomptés

Le fait de participer à cette recherche pourra nous aider à mieux comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par des infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins et ainsi peut-être améliorer cette évaluation.

5) Confidentialité

Si vous consentez à participer à cette recherche, l'entrevue sera enregistrée sur bande magnétique et sera retranscrite intégralement. Il demeure possible de participer à l'entrevue même si vous ne désirez pas qu'elle soit enregistrée. Dans tous les cas, les informations obtenues seront confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude. Pour préserver la confidentialité, les noms des participants seront modifiés au moment de la rédaction de la thèse et aucun détail pouvant vous identifier ne sera divulgué. Les personnes qui auront accès aux

informations nominales seront la chercheuse principale ainsi que mesdames Christine Genest et Caroline Larue, directrice et co-directrice de thèse. Ces informations seront d'ailleurs gardées sous clé, tout comme les bandes magnétiques, et ce pour un maximum de sept ans après l'acceptation de la thèse. Durant la période d'analyse, les données seront conservées dans une filière, sous clé, dans un bureau au domicile de Nathalie Maltais, cand. au PhD. Ceci facilitera sa tâche lors de l'élaboration de la thèse puisqu'il s'agit de son lieu de travail. Toutefois, à la fin de l'étude, les données seront conservées sous clé dans une filière à l'Université de Montréal, au bureau de madame Caroline Larue, professeure et directrice de cette thèse.

6) Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche, c'est-à-dire madame Nathalie Maltais, et ce, par simple avis verbal. La participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'aura aucun impact sur votre dossier d'employé.

7) Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

8) Diffusion des résultats

La diffusion des résultats se fera à travers des résumés présentés sur les groupes Facebook intitulés « Infirmière en pédopsychiatrie du Québec » et « Quebec nurses child and adolescent psychiatry » ainsi que dans les publications de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Ces résumés seront écrits dans un langage compréhensible pour l'ensemble des participantes.

9) Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : **Nathalie Maltais**, infirmière, PhD(c) pour répondre aux questions des participantes au. Il vous sera possible de laisser un message sur la boîte vocale et nous vous contacterons dans les plus brefs délais.

Vous pouvez également communiquer avec les directrices de thèse, mesdames Christine Genest ou bien Caroline Larue, professeure et directrice/co-directrice de thèse.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheuses concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel

L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheuses de leurs responsabilités.

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette recherche ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de la recherche m'ont été expliqués.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer.

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement de l'étudiante chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom de l'étudiante chercheuse
(caractères d'imprimerie)

Signature de l'étudiante
chercheuse

Date :

Annexe G : Canevas d'entrevue inspiré des éléments du modèle paradigmatique de Strauss et Corbin (1998) pour comprendre le processus d'évaluation du risque suicidaire effectué par les infirmières en santé mentale jeunesse à l'égard des 12 ans et moins

Présentation

Bonjour, mon nom est : *Nathalie Maltais*. Je suis étudiante au doctorat et je suis chercheuse dans le projet ayant pour titre : **comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par des infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins**. Ce projet est dirigé par Madame Christine Genest, professeure à la Faculté des sciences infirmières, chercheuse au centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) ainsi que par Madame Caroline Larue, professeure à la Faculté des sciences infirmières, chercheuse régulière au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Le projet consiste à décrire le processus de l'évaluation du risque suicidaire effectuée par des infirmières en santé mentale chez les 12 ans et moins. Plus précisément, pour cet entretien, nous voulons comprendre votre expérience au sujet du processus d'évaluation du risque suicidaire chez les 12 ans et moins.

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, le résumé écrit des échanges ne sera pas nominatif et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement à l'enregistrement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet 20 minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

Canevas d'entrevue

- Parlez-moi de l'évaluation du risque suicidaire chez les enfants?

Probe : Parlez-moi de ce qui vous amène à évaluer le risque suicidaire chez un enfant.

Parlez-moi de ce que vous pensez du suicide chez les 12 ans et moins.

- Racontez-moi une évaluation du risque suicidaire que vous avez faite?

Probe : Parlez-moi d'une évaluation qui a été plus difficile à effectuer.

Parlez-moi d'une évaluation qui a été plus facile à réaliser

- Décrivez-moi l'environnement dans lequel l'évaluation du risque suicidaire a été effectuée.

Probe : Décrivez-moi, le moment, les lieux et les personnes présentes

- Comment pensez-vous que les caractéristiques de l'enfant, de sa famille, de son environnement, de l'infirmière, du milieu/organisation des soins influencent cette évaluation?
- Parlez-moi de ce qui arrive après l'évaluation.
- Est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous voudriez porter à notre attention et qui nous aideraient à mieux comprendre le processus d'évaluation du risque suicidaire vécu par des infirmières chez les 12 ans et moins?

Annexe H : Questionnaire sociodémographique

Sexe et âge de l’infirmière ou de l’infirmier :

Formation en soins infirmiers : Indiquer tous les niveaux de formation suivis, par exemple :

Cégep, Université, etc. :

Nombre d’années de travail comme infirmière ou infirmier :

Indiquer les différents champs de pratique dans lesquels vous avez exercé, votre lieu de pratique actuel et les clientèles desservies.

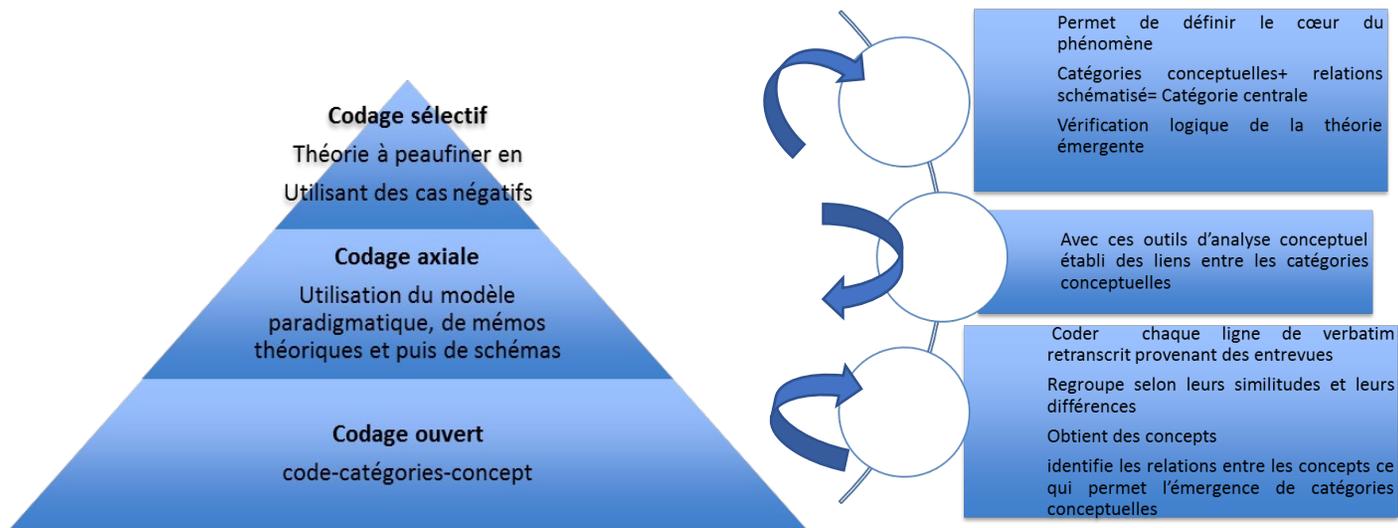
Par exemple pour le champ de pratique : chirurgie, oncologie, etc., Pour le lieu de pratique : unité de pédopsychiatrie, CH spécialisée, clinique externes, etc. et pour la clientèle desservie : enfants présentant des troubles anxieux, de l’humeur, etc.

Quel est le nombre d’années travaillées en psychiatrie auprès des enfants ?

Avez-vous suivi une formation particulière sur l’évaluation du risque suicidaire? Si oui, indiquez le titre si possible et en quelle année la formation a été suivie :

**Annexe I : Schéma du processus d'analyse des données par triple codification en
théorisation ancrée**

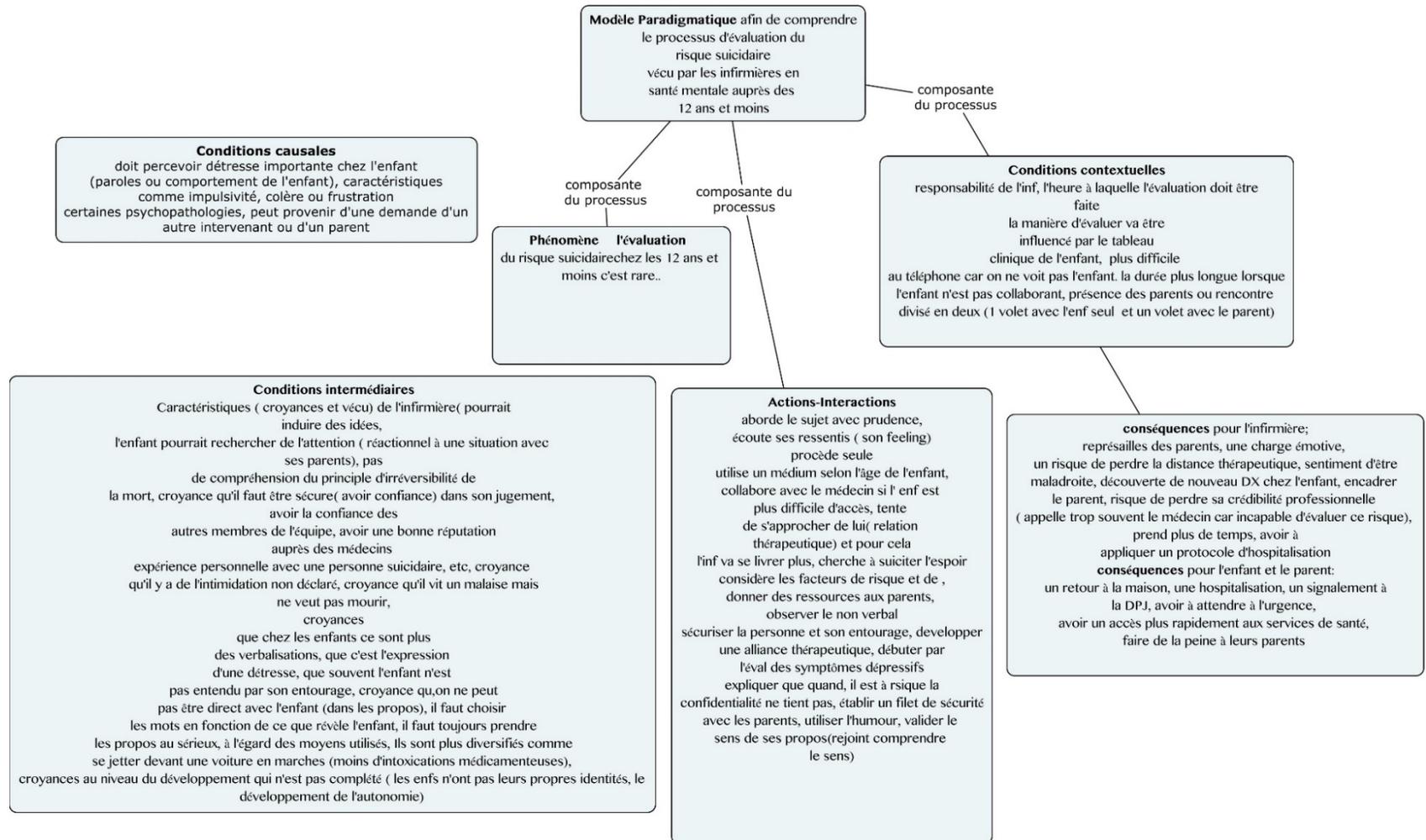
Schéma du processus d'analyse des données par triple codage en théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1998)



Maltais, 2015

Annexe J : Processus d'analyse inspiré du modèle paradigmatique après 3 entrevues

Processus inspiré du modèle paradigmatique après les entrevues 1, 2 et 3



Annexe K : Listes de codes après la codification de la première entrevue

Listes de codes après la codification de la première entrevue¹

Propos suicidaires

Aider l'enfant

Présence de facteurs de risque

La colère : facteur de risque

Situation de crise

Manifestations d'un malaise

Provenance de la demande

Manque de ressources

Comprendre le sens

Explications des propos

Évaluation de la condition mentale

Personnes présente à l'évaluation

La manière de procéder

Manifestations de l'enfant

Identification des facteurs de risque

Complexe chez les 12 ans et moins

Évaluation du fonctionnement global

Demande du milieu scolaire

Émotions de l'infirmière

¹ Les codes sont présentés par ordre chronologique. Autrement dit, le code « propos suicidaires » a été le premier code trouvé et ainsi de suite.

Rôles et responsabilités de l'infirmière

Lieux où se déroule l'évaluation

Identification des facteurs de protection

Incapacité à prédire

La collaboration dans l'évaluation

La compétence

Organisation du travail

Caractéristiques personnelles de l'infirmière

Développer une alliance thérapeutique

Considérer la dynamique familiale

Évaluation pré-suicidaire

Temps pour compléter l'évaluation

Absence de collaboration de l'enfant

Considérer le non-verbal

L'importance du temps

Gestes suicidaires et automutilation

Moment dans le continuum de soins

Préparation préalable

Crédibilité du jugement clinique

Nécessité de faire confiance

Le délai de la crise

Incapacité d'intervenir

Émotions des parents

Signification de risque suicidaire

Connaissance des enfants

Phénomène rare

Insécurité de l'infirmière

Agir rapidement

Soulager la crise

Interventions auprès des familles

Utiliser l'humour

Protocole d'hospitalisation

Risque de banalisation

Annexe L : Certificat d'approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Comprendre le processus de l'évaluation du risque suicidaire vécu par des infirmières en santé mentale auprès des 12 ans et moins
Étudiante requérante	Nathalie Maltais  Ph. D. en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Caroline Larue, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Christine Genest, professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Financement	
Organisme	Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	Lettre du 20 janvier 2016
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.